

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



*Una Institución Adventista*

**Efectividad del Programa “Mamá canguro” en los conocimientos,  
Prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato,  
en madres de una clínica particular de Lima, 2018**

Por

Milagros Espinoza Castagne

Asesor

Miguel Guillermo Bernui Contreras


Lima, junio, 2018

*Efectividad del programa “Mamá canguro” en los conocimientos, prácticas y  
satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica  
Particular de Lima, 2018*

## TESIS


Presentada para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública  
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

### JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
Dr. Jorge Luis Reyes Aguilar  
Presidente

  
Mg. Guido Ángel Huapaya Flores  
Secretario

  
Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras  
Asesor

  
Mg. Rocío Suárez Rodríguez  
Vocal

  
Mg. Mitka Magali Quispe Ricaldi  
Vocal

Lima, 25 de junio de 2018

**ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE LA TESIS**

Yo **MIGUEL GUILLERMO BERNUI CONTRERAS**, identificado con DNI N° 25700453, adscrito a la Facultad de Teología y docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

**DECLARO:**

Que la tesis titulada: ***EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “MAMÁ CANGURO” EN LOS CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL NEONATO, EN MADRES DE UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA, 2018***, constituye la memoria que presenta la Bachiller **MILAGROS ESPINOZA CASTAGNE** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los veinticinco días del mes de junio de 2018.



Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras



Asesor

Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él.

*Florence Nightingale*

## **DEDICATORIA**

A todas las madres y padres, quienes enfrentan el nacimiento de un hijo prematuro y a su vez facilitarlos en el proceso de adaptación, reinstaurar el equilibrio para recibir al bebé con éxito en la familia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por concederme el don de la vida, y, de esta manera, servir en el área de la Salud, a mi prójimo y a los más necesitados.

A mi esposo, por su completo apoyo y comprensión permanente.

A mi familia, por su constante apoyo.

A la Dra. Sicilia Bellomo, Dr. Michel Escobar, Dr. Miguel Bernui, Mg. Ángel Huapaya y a todos aquellos profesionales, involucrados en este trabajo de investigación, y demás cumplieron un rol fundamental en la orientación y asesoría.

Y finalmente un especial agradecimiento a cada madre participante, por el tiempo y presencia en este programa.

## Tabla de Contenido

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
Tabla de Contenido .....	vi
Índice de Tablas .....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS .....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT .....	xii
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
Antecedentes de la investigación .....	6
Estudios internacionales .....	6
Estudios nacionales .....	12
Formulación del problema.....	15
Problema general.....	15
Problemas específicos .....	15
Objetivos de la investigación .....	16
Objetivo general .....	16
Objetivos específicos.....	16
Hipótesis de la investigación.....	16
Hipótesis principal.....	16
Hipótesis específicas .....	17
Justificación.....	17
Justificación teórica.....	17
Justificación metodológica .....	18
Justificación legal .....	19
Viabilidad .....	19
Delimitaciones.....	20
Limitaciones .....	20
CAPÍTULO II .....	21
FUNDAMENTO TEÓRICO.....	21
Marco bíblico-filosófico.....	21
Marco histórico .....	22
Salud materno infantil .....	23

Cuidados neonatales .....	25
Prematuridad .....	26
Bajo peso al nacer .....	29
Marco teórico de las variables.....	30
Programa Mamá Canguro .....	30
Posición canguro .....	33
Lactancia materna exclusiva .....	38
Estimulación neurosensorial.....	41
Conocimientos.....	42
Elementos del conocimiento .....	43
Prácticas.....	43
El cambio conductual .....	43
Satisfacción .....	44
Marco conceptual .....	45
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>48</b>
<b>MÉTODOLOGÍA .....</b>	<b>48</b>
Tipo de investigación .....	48
Diseño de investigación.....	48
Descripción del área geográfica de estudio .....	48
Población y muestra .....	49
Criterios de inclusión y exclusión .....	49
Consideraciones éticas .....	50
Definición y operacionalización de las variables .....	50
Validación de los Instrumentos de recolección de datos .....	53
Procedimiento para la recolección de datos .....	54
Plan de tabulación y análisis de datos .....	55
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>56</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>56</b>
Resultados descriptivos de la investigación .....	56
Resultados descriptivos por niveles de las variables .....	57
Resultados de correlaciones e índices de fiabilidad .....	59
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>70</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>70</b>
Conclusiones .....	70

Recomendaciones.....	72
REFERENCIAS .....	74
ANEXO 01: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS .....	82
ANEXO 02: CUESTIONARIO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN.....	86
ANEXO 03: LISTA DE CHEQUEO DE PRÁCTICAS DE LA MAMÁ CANGURO.....	87
ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	88
ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	91
ANEXO 06: HOJA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....	93
ANEXO:07 PROGRAMA MAMÁ CANGURO, LIMA, 2018.....	94



## Índice de Tablas

Tabla 1. Edad en años de las madres participantes del programa “mamá canguro” .....	56
Tabla 2. Estado civil de las madres participantes del programa “mamá canguro” .....	56
Tabla 3. Tiempo de estancia hospitalaria del recién nacido .....	57
Tabla 4. Conocimientos Pretest y Postest.....	58
Tabla 5. Prácticas Pretest y Postest. ....	58
Tabla 6. Satisfacción Pretest y Postest. ....	59
Tabla 7. Correlaciones “r” de Pearson e índice de fiabilidad .....	59
Tabla 8. Prueba de normalidad. Kolmogorov-Smirnov para una muestra. ....	61
Tabla 9. Prueba de muestras relacionadas .....	62

## LISTA DE ABREVIATURAS

**PMC:** Programa mamá canguro

**UCIN:** Unidad de cuidados intensivos neonatales

**OMS:** Organización mundial de la salud

**SNVEPN:** Sistema nacional de vigilancia epidemiológica perinatal neonatal

**RNPT:** Recién nacido prematuro

**FIGO:** Federación internacional de ginecología y obstetricia

**BPN:** Bajo peso al nacer

**NEC:** Enterocolitis necrotizante

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” sobre los conocimientos, prácticas y satisfacción con el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018. El presente estudio fue de diseño pre- experimental. La población del estudio fue constituida por todas las madres de neonatos pretérminos y/o bajo peso al nacer, quienes fueron atendidas desde diciembre del 2017 hasta marzo del 2018. La muestra final estuvo conformada por 10 madres.

La metodología empleada en este trabajo de investigación ha consistido en implementar el Programa Mamá Canguro aplicándolo a la muestra seleccionada, mediante una intervención educativa, con la finalidad de obtener las conclusiones sobre conocimientos, prácticas y satisfacción de las madres canguros.

A través del empleo del paquete estadístico SPSS VERSION 21, se procesaron los datos, tabularon, interpretaron, analizaron y se obtuvieron las conclusiones. Los resultados evidencian que el nivel de conocimientos, prácticas y satisfacción en las madres ingresadas en el programa mamá canguro, tuvo una efectividad del 100% conforme se indica en la tabla de muestras relacionadas (Tabla N° 2).

En conclusión, se sugiere al servicio de neonatología de las diferentes instituciones de salud particular, implementar el programa mamá canguro, por los importantísimos beneficios y la efectividad en la atención del bebé prematuro.

**Palabras clave:** Prematuridad, Programa mamá canguro, Beneficios del contacto, Lactancia materna exclusiva.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the effectiveness of the "Kangaroo Mom" Program in the knowledge, practices and satisfaction of newborn care in mothers of a private Clinic in Lima, 2018. The present study was of Pre-experimental design. The study population was all mothers of preterm infants and / or low birth weight who were treated between December 2017 and March 2018. The sample consisted of 10 mothers as final sample.

The methodology used in this research work has been to implement the Kangaroo Mother Program by applying it to the selected sample, through an educational intervention, in order to obtain the conclusions regarding knowledge, practices and satisfaction of the kangaroo mothers.

Through the use of the statistical package SPSS VERSION 21, the data were processed, tabulated, interpreted, analyzed and the conclusions were obtained:

The results show that the level of knowledge, practices and satisfaction in the mothers admitted to the kangaroo mother program was 100% effective as indicated in the table of related samples (Table N ° 2).

In conclusion, it is suggested to the neonatology service of the different institutions of private health, to implement the kangaroo mom program for the very important benefits and effectiveness in the care of the premature baby.

Keyword: Prematurity, Kangaroo mom program, Contact benefits, Exclusive breastfeeding.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### **Descripción de la situación problemática**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2015, nacieron quince millones de niños prematuros al año, significa una frecuencia entre 5-18% del total de recién nacidos (OMS, 2016). Así tenemos en África 11,9%, Norteamérica 10,6%, Asia 9,1%, Latinoamérica y el Caribe 8,1%, Oceanía 6,4% y Europa 6,2%. El país con mayor tasa a nivel mundial es Malawi 18,1% (África) (Blencowe et al., 2012). En los países de América Latina, el parto prematuro también varía; en Colombia se reporta en 9,5%, Argentina 9,3%, Uruguay 8,7%, Brasil 6,6%, Chile 5,6% y Ecuador 5% (Retureta et al., 2014; Beck et al., 2010). En el Perú, los prematuros tienen una frecuencia promedio de 6,5%; así de los 27 mil nacidos vivos el 2015, el 4,2% nació inmaduro (<28 semanas de gestación), muy prematuro 9% (28-31 semanas) y prematuro moderado a tardío (32 a 36 semanas) fueron el 86.8% (MINSA-Oficina General de Tecnologías de la Información, 2016).

La OMS estima que un millón de prematuros mueren anualmente por complicaciones relacionadas con su inmadurez; en el año 2015, se declaró que la prematuridad es la principal causa de la mortalidad infantil en menores de cinco años (OMS, 2016). Los países con mayor mortalidad anual por complicaciones en los prematuros fueron: India (361 600), Nigeria (98 300), Pakistán (75 000), República Democrática del Congo (40 600), China (37 200), Bangladesh (26 100), Indonesia (25 800), Etiopía (24 400), Angola (15 900) y Kenia

(13 300) (Blencowe et al., 2012). En América Latina, aproximadamente 35 mil niños prematuros mueren anualmente, siendo el más alto de la Región en Brasil (9 000), México (6 000), Colombia (3 500), Argentina (2 400), Venezuela (2 200), Perú (2 000), Guatemala (1 900), Bolivia (1 600), Ecuador (1 500) y Honduras (1 100) (Retureta et al., 2014). Según el Reporte “Niveles y tendencias de la mortalidad infantil” el año 2013, la mortalidad infantil se concentró en Bolivia (19 por 1000 nv), Nicaragua (12 por 1000 nv), Perú (9 por 1000 nv), Uruguay (4 por 1000 nv) y Cuba (3 por 1000 nv) (UNICEF, 2013).

El Informe Regional del monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para América Latina y el Caribe (ALC) del 2013 reporta que 196 mil menores de cinco años murieron, de los cuales, más del 60% eran niños menores de un año y de éstos el 50% murió antes de los 28 días (CEPAL, 2015). Sólo cinco países (Bolivia, Brasil, El Salvador, México y Perú) habían logrado la meta propuesta que era reducir la mortalidad infantil a dos tercios de las cifras de 1990. Sin embargo, Cuba, Antigua Barbuda, Chile y Costa Rica redujeron su mortalidad infantil hasta alcanzar cifras récords con tasas menores a 10 por 1000 n.v. (Ávila et al., 2013).

Los neonatos prematuros son un complejo reto para el equipo médico, porque su atención tiene por objetivo alcanzar un rápido avance hacia la normalidad fisiológica, una regulación térmica y metabólica, así como una ganancia de peso armónico que garantice el desarrollo futuro del recién nacido. Si los sistemas públicos alcanzan estos objetivos reducirán significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad en los prematuros, en especial, lograr disminuir las elevadas tasas de incidencia de las secuelas neurológicas observadas en los neonatos que logran sobrevivir (Arivabene et al., 2010).

El Perú ha logrado reducir la morbi-mortalidad infantil durante las tres últimas décadas, fundamentalmente en los post-neonatos; sin embargo, la mortalidad neonatal prácticamente no se ha modificado a pesar de los grandes avances en la tecnología y en el

conocimiento de la fisiopatología neonatal, siendo a la fecha, el principal componente de la mortalidad infantil (MINSA, 2013). El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal Neonatal (SNVEPN) señala una tasa de mortalidad neonatal de 12,8 por 1000 nv entre los años 2011-2012, y de éstos, el 25,1% era en prematuros (Ávila et al., 2013). Se ha demostrado incremento de la mortalidad en niños con menor edad gestacional y/o muy bajo peso al nacer (<1500 gramos) sobre los cuales se deben realizar estrategias preventivas para disminuir las tasas actuales. Se ha determinado que un neonato con bajo peso al nacer incrementa hasta 14 veces el riesgo de morir dentro del primer año de vida (OMS, 2016).

Los países con datos confiables sobre la tasa de nacimiento de prematuros demuestran que están aumentando; en los países subdesarrollados, hasta un 50% de los neonatos prematuros mueren sin recibir cuidados eficientes de bajo costo como calor, lactancia materna precoz, diagnóstico y tratamiento precoz de infecciones y dificultades respiratorias. Mientras que, en los países desarrollados, la totalidad de estos neonatos sobrevive (OMS, 2016). Según la OMS, estas brechas se podrían disminuir si se lograra ofrecer servicios sanitarios antes del parto (como lograr un adecuado número de controles prenatales, alcanzar la mayor madurez pulmonar posible con corticoides endovenosos y dieta saludable), durante el parto (la atención del parto en un establecimiento de salud reduce la prematuridad en 24%) y postparto (aplicar la técnica “mamá canguro” o administrar antibióticos ante sospecha de infecciones) (Beck et al., 2010; OMS, 2016).

El Programa Mamá Canguro (PMC) fue creado por Edgar Rey y Héctor Martínez en el Instituto Materno Infantil de Bogotá en 1978, aplicada desde entonces en otros establecimientos de salud de Colombia, y dado que ha revolucionado el manejo tradicional del prematuro; la UNICEF ha impulsado a nivel mundial, por lo que, ha sido implementado en otros países: Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, República Dominicana, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Inglaterra, Italia, Francia, España, Alemania,

Rusia, Vietnam, Zaire, Sud África, Hungría, Indonesia, Holanda y Dinamarca (Urquiza, 2002). Las experiencias logradas con esta metodología han sido costo-efectivas en la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal al disminuir las complicaciones asociadas a la prematuridad. Mediante el PMC se logra mejorar la calidad de la atención del recién nacido, fortalecer los vínculos entre la madre y el neonato, brindar lactancia materna precoz para recuperar el bajo peso al nacer, y, finalmente, logra reducir los costos de la atención médica por disminución de la estancia hospitalaria, reducción en el uso de antibióticos u otros procedimientos (Bosiga et al., 2010). Para alcanzar estos objetivos, el PMC debe lograr la capacitación de la madre en el cuidado de los neonatos prematuros, para que pueda brindarle un adecuado aporte sobre la base de la lactancia materna, ejecutar acciones de estimulación táctil y audio-visual, brindar afecto y calor humano, así como a conocer e identificar signos de riesgo para prevenir enfermedades. Estas acciones permitirán alcanzar un desarrollo postnatal acelerado en cuanto a la ganancia de peso, nutrición acorde a sus necesidades corporales para lograr la maduración de órganos y sistemas inicialmente inmaduros, desarrollo neuropsicológico y beneficios inmunológicos. El PMC evita la separación física del binomio madre-producto y permite el reencuentro con los estímulos prenatales de forma natural (Arivabene y Rubio, 2010).

En el Perú, el PMC fue implementado una década después en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) San Bartolomé de Lima a pesar de no contar con una adecuada cantidad de incubadoras. En la actualidad, este establecimiento de salud tiene aproximadamente 1260 niños canguros. En base a estas experiencias, el MINSA, ha implementado el programa en todos los establecimientos públicos siendo el último en implementarse en el Instituto Materno Perinatal de Lima el 2010, en el cual se logró el compromiso de un equipo multidisciplinario integrado por neonatólogos, neurólogos, cardiólogos, gastroenterólogos, personal de enfermería, nutrición y rehabilitación física.



Además, no sólo se dirigen a la madre, sino también al padre, abuela o tía “canguro”, tiene cobertura del Sistema Integral de Salud (SIS), el seguimiento de los neonatos usuarios se realiza hasta los cinco años de edad y una tasa de deserción del programa del 30%. Pese a esto, la tasa de mortalidad en los neonatos de bajo peso al nacer se mantiene alta, porque los prematuros ingresan al PMC después del periodo de estabilización. Sin embargo, se ha demostrado que ha reducido la morbilidad neonatal en relación con la sepsis neonatal, desnutrición, enfermedad severa, imposibilidad de lactancia materna exclusiva al momento del alta y disconformidad materna.

En la Clínica San Felipe, una entidad privada, según las estadísticas locales se observa incremento en el número de nacimientos en forma progresiva desde el 2012, y con ello, también el aumento de nacimientos prematuros, así el 2014 fue 17%, el 2015 fue 18.2% y el 2016 fue 19.1% que son superiores al promedio nacional (Según MINSA está en 6.5%) (Oficina de Estadísticas CSF, 2017). Llama la atención que los neonatos prematuros < 28 semanas subieron de un 4% el 2014 a 4.7% el 2016. Esta tendencia muestra la necesidad de implementar estrategias de calidad para la atención de este creciente número de casos en la institución donde se ejecutará la investigación.

Debido a que la Clínica San Felipe no cuenta con un PMC hasta la actualidad, ésta se ha desarrollado en forma empírica, sobre todo en algunos conceptos que contiene este programa, según la experiencia personal de los neonatólogos y enfermeras del servicio, cuando se tuvo que atender a neonatos prematuros extremos o con muy bajo peso al nacer, para lo cual, se adecuó una pequeña área dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde se pudo realizar el acercamiento de estos neonatos con sus madres con buenos resultados; sin embargo, la institución requiere implementar un PMC para un trabajo sistematizado, con registros y sistemas de evaluación de resultados que permitan valorar el verdadero impacto de lo que se está realizando. Se requiere uniformizar

criterios, conceptualización y teorías, sistemas integrados y coherentes que permitan mejorar la calidad de la atención y con ello disminuir las tasas de mortalidad infantil institucional.

## **Antecedentes de la investigación**

### **Estudios internacionales**

Corpus (2015) realizó el estudio titulado *Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro*, mediante una investigación con diseño cuali-cuantitativo, de diseño descriptivo y transversal, para conocer el nivel de satisfacción de las madres usuarias de un PMC. Realizó una encuesta con el cuestionario adaptado del *Picker's Pediatric Acute Care* y una entrevista semiestructurada, para conocer las percepciones de las usuarias. Ingresaron 30 mamás canguro, quienes presentaron un nivel de satisfacción global de 87,7% siendo la dimensión continuidad del cuidado (en el hogar) el de menor puntuación (74,3% de satisfacción). En la parte cualitativa, entrevistó a 14 mamás canguro, quienes señalaron que era una experiencia nueva, les permitía reconocer sus sentimientos, conocer los beneficios para el binomio madre-hijo, ser capacitadas para el cuidado de su hijo y permitía la inclusión familiar. Concluye que el PMC ofrece oportunidades de mejora de calidad con sistematización de programas de capacitación en las madres usuarias y cambio de políticas de la institución para humanizar el cuidado de los prematuros.

Escobar (2015), en su estudio titulado *Evaluación del funcionamiento del programa Madre Canguro y propuesta de fortalecimiento del componente nutricional del programa en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala*, presenta un estudio descriptivo, transversal, realizado en una población de 20 madres integrantes del PMC, con el objetivo de evaluar el funcionamiento del PMC respecto al personal de salud, espacio físico del programa y educación sobre nutrición brindada a las madres. Encontró

deficiencias en el número de personal necesario para ejecutar la enseñanza de todas las actividades del PMC, en un espacio reducido y ventilación deficiente que no permiten una buena regulación térmica del neonato prematuro; tampoco se brinda una adecuada consejería nutricional por carecer de nutricionistas en consulta externa, el personal de enfermería cumple esta función. Concluye que las actividades del PMC no son cumplidas adecuadamente por falta de personal; se recomienda ampliar el equipo profesional y contar con un protocolo del PMC que especifique las actividades que debe cumplir cada profesional involucrado, así como, fortalecer el tratamiento nutricional, para lograr una adecuada ganancia de talla y peso del neonato prematuro.

Araque, Ariza y Valderrama (2013) en su estudio *Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: Madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia* valoraron los resultados de una intervención educativa, para mejorar los conocimientos y capacidades de 10 madres en el cuidado a los neonatos prematuros en el hogar. Aplicaron la teoría de Mediano Rango de Kristen Swanson, demostraciones prácticas, talleres e intervenciones individualizadas con acompañamiento y detección de falta de conocimientos sobre contacto piel a piel, posición canguro, lactancia materna, alimentación y oxigenación adecuada del recién nacido, valoración de temperatura y respiración, así como la identificación de signos de alarma. Señalan que factores culturales y trabas del sistema de salud representan los principales obstáculos, para que las madres tengan mayor compromiso en el cuidado de sus recién nacidos; por eso el apoyo del profesional de enfermería debe lograr que las madres tengan seguridad y autonomía en el hogar. Concluyeron que cualquier estrategia de intervención educativa debe considerar los factores culturales de cada madre, debiendo ser un diseño flexible, con recursos humanos para realizar capacitaciones individualizadas, monitoreo y evaluación de la familia, porque

estos afianzan la pérdida de temores, brindan apoyo emocional y mano de obra, disipan dudas y facilitan el aprendizaje de las actividades que se desarrollan en un PMC.

Lizarazo, Ospina y Ariza (2012), en su estudio titulado *Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer* presentan un estudio descriptivo observacional, para describir la eficacia y los logros del PMC en 374 neonatos prematuros o con bajo peso al nacer, seguidos hasta que lograron 40 semanas de edad gestacional. Encontró altas tasas de embarazo en madres adolescentes (17,5%) y embarazos no deseados (40,6%), peso neonatal promedio al nacer de 1969 g, peso promedio a la alta médica de 2749 g, ganancia de peso promedio por día de 22 g. Concluyen que el PMC contribuye para la estabilización de temperatura corporal, un adecuado ritmo de ganancia ponderal y disminución de complicaciones, así como disminuir costos de atención y tiempo de hospitalización del binomio madre-neonato.

Fernández, Meizoso, Rodríguez, Alpizar, Cervantes y Alvarado (2012), en su estudio *Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso* realizaron una intervención pre-experimental para implementar un PMC, para mejorar la calidad en la atención a los neonatos prematuros y de bajo peso al nacer como alternativa al método convencional. Ingresaron 51,7% de los neonatos prematuros. La mayoría de las madres estuvieron satisfechas con los logros del PMC (70,9%), la mayoría de los neonatos tuvieron lactancia materna exclusiva (56,6%), con ganancia de peso normal o superior (93%), estado neurológico normal al egreso (91%). Sólo 2% tuvo complicaciones respiratorias (apnea del pretérmino y broncoaspiración) y 3,1% presentó hipotermia. El 7% de los neonatos tuvo una infección durante su estancia en el PMC y no hubo mortalidad infantil. Concluyen que el PMC es eficaz para mejorar el peso de los recién nacidos prematuros y debe ser aplicado lo más precozmente posible.

Bosiga, Guzmán y Ruíz (2010), en su tesis *Implementación del programa Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal MEINTEGRAL LTDA. Ubicada en el Hospital Regional del Líbano Tolima*, atienden el objetivo: implementar un PMC para manejo intrahospitalario de neonatos prematuros, con bajo peso al nacer y con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) en la UCIN. Realizaron un diseño semi-experimental, con pretest y posttest, con capacitación intermedia al personal de salud y a la madre-padre. Los conocimientos de los padres fueron evaluados con un test elaborado por los autores, validado por juicio de expertos, conformado por 10 ítems con respuesta múltiple cerrada sobre la posición canguro, técnicas de lactancia y técnicas para evitar enfriamiento del recién nacido. En el pretest, los padres demostraron déficit de conocimientos sobre las actividades del PMC, desconocían los signos de alarma, desconocían los beneficios de la lactancia materna para la madre y el recién nacido, así como total desconocimiento de la técnica para extracción manual de la leche materna. Luego realizaron una intervención educativa sobre lactancia materna y en el posttest se obtuvieron niveles altos en el conocimiento de los padres del PMC. Concluyen que el PMC permite reforzar los lazos afectivos entre padres-recién nacido, permite el egreso hospitalario temprano del recién nacido con una ganancia de peso promedio de 15 g/día, se asocia a menor riesgo de reingreso, capacita a los padres para continuar los cuidados en el hogar y debe ser liderado por el profesional de enfermería.

Carbonell, Plata, Peña, Cristo y Posada (2010), en su estudio titulado *Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular* evaluaron la efectividad del PMC en la calidad del cuidado de las madres adolescentes con alto riesgo psicosocial, compararon el cuidado materno del recién nacido en el hogar de madres adolescentes usuarias del PMC y madres adolescentes de neonatos a término en cuidado regular. Reportan que no hallaron diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, lo que permite inferir un efecto protector del

PMC en las madres adolescentes a favor de los neonatos prematuros. Concluyen que el PMC tiene efectos positivos sobre la sensibilidad materna hacia sus propios hijos, especialmente en poblaciones vulnerables.

Gallegos, Reyes y Silvan (2010) realizan su estudio titulado *La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro*, con diseño descriptivo, transversal y multicéntrico, con la finalidad de conocer el ámbito asistencial de las UCIN y el cuidado que brindan los padres a sus recién nacidos prematuros en nueve Unidades Neonatales. Realizaron encuestas a personal médico y de enfermería, también a los padres de los neonatos. Reportan que las competencias de las enfermeras fueron insuficientes, acceso con permiso (horario de visita por horario de 10-15 minutos sólo por las mañanas de lunes a viernes y restringido los sábados y domingos), acceso es permitido cuando el estado del prematuro es grave o cuando se realizan procedimientos médicos o de enfermería y participación materna parcial para iniciar o continuar con la lactancia materna, bañado y cambio de ropa, así como estimulación sensorial del neonato. Encontraron un PMC sin un programa definido, con horarios inflexibles, algunas capacitaciones en el cuidado de la alimentación y la higiene del recién nacido a cargo de enfermería. A los padres solo se les permitía visitas de observación. Concluyen que el acceso de la madre a la UCIN depende de la capacidad materna para producir leche, la condición clínica del recién nacido y el tratamiento que recibirá el prematuro. Dado que existe limitaciones tanto para el acceso y las condiciones de la madre, los autores recomiendan que se debe favorecer la participación de ambos padres como una filosofía y parte del programa institucional que incluya no solamente capacitar al equipo de salud, sino también la capacitación a los padres de manera grupal o individual para el cuidado de sus hijos luego del alta médico.

Conde, Díaz y Belizan (2008), en su estudio *Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer*, realizan una revisión sistemática para

la búsqueda de evidencia que respalde el método mamá canguro, luego de la estabilización del recién nacido de bajo peso al nacer con la atención convencional. Incluyeron tres estudios realizados en países en vías de desarrollo, totalizando 1362 neonatos prematuros y de bajo peso al nacer. Reportan que las mayores deficiencias del PMC fueron la falta de capacidad para medir los resultados, manejo de las madres que abandonaron el programa y las pérdidas en el seguimiento luego del alta hospitalaria. Se evidencia disminución del riesgo para una infección nosocomial a la edad gestacional corregida de 41 semanas (RR: 0,49; IC95%: 0,25-0,93), enfermedad severa (RR: 0,30; IC95%: 0,14-0,67), enfermedad del aparato respiratorio inferior a los 6 meses de seguimiento (RR: 0,37; IC95%: 0,15-0,89), lactancia materna no exclusiva al momento del alta (RR: 0,41; IC95%: 0,25-0,68) y disconformidad materna con el método de atención (RR: 0,41; IC95%: 0,22-0,75). La ganancia de peso diario de los recién nacidos en el PMC fue mayor que en el grupo control (3,6 g/día, IC95%: 0,8-6,4). Las madres incluidas en el PMC señalaron tener una mejor percepción sobre su capacidad en el cuidado de sus hijos, pero tuvieron mala percepción del apoyo social en función de la permanencia del recién nacido en la UCIN. El desarrollo psicomotor a los 12 meses de edad corregida y la mortalidad neonatal fue similar en ambos grupos. Estos datos deben ser tomados con precaución por limitaciones en la calidad de los estudios.

Torres, Palencia, Sánchez, García, Rey y Echandía (2006), en su estudio titulado *Programa madre canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional* presentan una cohorte de 66 niños atendidos en el PMC que nacieron con bajo peso (<2001 g) y que fueron seguidos hasta alcanzar las 40 semanas de edad gestacional. Estos prematuros superaron el periodo de adaptación neonatal y sus familiares dieron consentimiento para ser estudiados. Señalan que predominaron neonatos de sexo femenino (60,4%), edad gestacional media de 32 semanas,

peso promedio de 1434 g (rango 700-1950g). Al momento que fueron dados de alta tenían una edad media de 34 semanas; 19 días postconcepción y peso promedio de 1552 g (rango: 1359-2239), el 96% recibía lactancia materna que fue exclusiva en el 67%. En el seguimiento, presentaron una ganancia de peso promedio de 18 g/kg/día, consultaron en emergencia en promedio cinco veces por anemia y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Aproximadamente un 5% fue rehospitalizado. Concluye que el PMC es una alternativa segura para lograr ganancia de peso hasta las 40 semanas de edad gestacional y garantiza un egreso temprano.

### **Estudios nacionales**

Prado y Soriano (2015), en su estudio titulado *Nivel de conocimiento y actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo, 2014* evaluaron la relación entre conocimientos y actitudes de 25 madres usuarias del PMC mediante dos cuestionarios validados por juicio de expertos y prueba piloto con coeficiente Alpha de Cronbach de 0,72 y 0,79 para conocimientos y actitudes respectivamente. Encontraron que las usuarias del PMC tenían mayormente un nivel de conocimientos alto (72%) y solamente el 16% un nivel bajo, en cuanto a la actitud, el 80% tenían actitudes positivas y sólo 20% actitudes negativas. Concluye que existe relación significativa entre conocimiento y actitudes de la madre usuaria del PMC ( $p=0,000$ )

Hernández (2014) en su estudio titulado *Actitud de las enfermeras sobre el método madre canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Santé-2012*, a través de un diseño descriptivo y transversal, evaluó la actitud de 20 enfermeras frente al PMC. Realizó una encuesta cuyos resultados fueron: actitud de indiferencia (65%), aceptación (15%) y rechazo (20%). En las dimensiones lactancia materna, vínculo afectivo y termorregulación del prematuro la actitud de indiferencia fue 85%, 60% y 50% respectivamente; a su vez, las mayorías son indiferentes al beneficio inmunológico y cognitivo, relación madre-hijo e



inmadurez térmica del PMC. Concluye que la mayoría de enfermeras tienen actitud de indiferencia con un mínimo porcentaje de aceptación del PMC.

Sánchez (2014), en su estudio titulado *Nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre niño del profesional de enfermería de los Hospitales de Bagua, 2012* encuestó a 52 enfermeros, para determinar su nivel de conocimientos sobre el contacto piel a piel de la madre-niño. Aplicó un cuestionario que validó con juicio de expertos y prueba piloto. Reporta que el nivel bajo de conocimientos se presentó en el 38,9% de enfermeros de un hospital público y en 43,8% de un hospital de EsSalud de Bagua. Concluye que el bajo conocimiento del contacto piel a piel de la madre-niño en los enfermeros de Bagua evita o retrasa el uso de esta técnica básica del PMC.

Espejo (2012), en su estudio titulado *Conocimientos y actitud de las madres acerca del método madre canguro en el Servicio de Intermedios Neonatal en el Hospital Alberto Sabogal 2012*, ejerce un diseño descriptivo y transversal, estudió los conocimientos y actitudes de 30 madres usuarias del PMC a través de una encuesta. Reporta que 80% de las madres no tiene conocimiento del método mama canguro y 20% sí la conoce. El 57% tenía una actitud de indiferencia, 23% aceptación y 20% rechazo. Concluye que la mayoría de madres desconoce los beneficios del PMC sobre todo las dimensiones de lactancia materna, termorregulación y amor, así como desconocimientos del desarrollo afectivo, de la técnica y el tiempo para ejecutar las actividades de PMC.

Delgado y Reyes (2004), en su estudio titulado *Evaluación del método canguro en prematuros menores de 1500 gramos de peso, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo enero 1997-diciembre 1999* diseñó una investigación descriptiva y retrospectiva de 59 casos que ingresaron al PMC durante el periodo de estudio. Encontró que los neonatos al momento del nacimiento tenía un peso promedio de 1259 g, edad gestacional de 32,86 semanas, recuperación del peso a los 22 días de vida y ganancia

de peso promedio de 13,8 g/k/día durante la hospitalización. La morbilidad observada fue sepsis, ictericia neonatal y trastornos metabólicos y la mortalidad asociada a prematuridad extrema, sepsis, enfermedad de membrana hialina y asfixia severa. Describe que a mayor número de controles prenatales se corresponde con una disminución de la mortalidad, en tanto, que el peso al nacer menor de 1249 g se asoció a mayor mortalidad. Concluye que el estudio no demuestra los beneficios de la aplicación del PMC descrito por otros autores, por lo que, recomienda se realicen estudios prospectivos para una mejor evaluación del programa en neonatos de bajo peso al nacer.

Urquiza (2002), en su estudio titulado *El método canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) "San Bartolomé"* busca evaluar la eficacia del PMC en el manejo de los neonatos prematuros y con bajo peso al nacer. Diseñó un estudio descriptivo y retrospectivo. Encontró que la lactancia materna con calostro antes de las dos horas de vida, a libre demanda, evitando ayuno prolongado y aumento del 50% del volumen tolerado las 48 horas previas se asociaban a disminución significativa de enterocolitis necrotizante (NEC), sepsis y meningitis, principales causas de mortalidad en el hospital local. La estimulación para producción de leche con succión temprana, la alimentación con sonda nasogástrica, jeringa, gotero, vasito o cucharita cuando aún no hay reflejo de succión/deglución, corrección a volúmenes pequeños, según peso en los neonatos con soporte de ventilación mecánica y favorecer el apego precoz de las madres con sus hijos se asociaron a recuperación rápida del peso y disminución del tiempo de hospitalización. Para asegurar el cuidado del prematuro en el hogar, se implementó el sistema madre acompañante que permitió a la madre permanecer dentro del hospital hasta aprender las actividades del PMC. La inclusión de las madres al PMC mejoró su participación, optimizó la destreza materna, menor riesgo de abandono de hijos, mayor compromiso y solidaridad entre padres, recuperación más rápida del peso y disminución de secuelas neurológicas en los prematuros.

Concluye que el cambio del modelo tradicional en el que hay escasa participación materna en el cuidado del neonato prematuro en las UCIN hacia el modelo del PMC en el que la madre participa activamente, mejoró la calidad de la atención hospitalaria y el cuidado materno del recién nacido en el hogar luego del alta médica. Aunque reconoce que no se tienen indicadores serios para evaluar los beneficios del PMC, recomendando que deben ser diseñados y validados.

### **Formulación del problema**

#### **Problema general**

¿En qué medida la implementación del Programa “Mamá Canguro” mejora los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018?

#### **Problemas específicos**

¿Cuál es el nivel de conocimientos antes y después de la implementación del Programa “Mamá Canguro” sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018?

¿Cuál es el nivel de prácticas antes y después de la implementación del Programa “Mamá Canguro” sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018?

¿Cuál es el nivel de satisfacción antes y después de la implementación del Programa “Mamá Canguro” sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” en los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

### **Objetivos específicos**

Identificar el nivel de conocimientos antes y después de la implementación del Programa “Mamá Canguro” sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

Identificar el nivel prácticas antes y después de la implementación del Programa “Mamá Canguro” sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

Identificar el nivel satisfacción antes y después de la implementación del Programa “Mamá Canguro” sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

## **Hipótesis de la investigación**

### **Hipótesis principal**

El Programa “Mamá Canguro” es efectivo en los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

### **Hipótesis específicas**

El Programa “Mamá Canguro” es efectivo en los conocimientos sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

El Programa “Mamá Canguro” es efectivo en las prácticas sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

El Programa “Mamá Canguro” es efectivo en la satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.

### **Justificación**

#### **Justificación teórica**

La investigación contribuirá para la gestión de calidad de los servicios de salud ofertados por un establecimiento de salud privado y permitirá alcanzar la mejora continua de la calidad de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con la introducción y aplicación sistemática de la metodología “mamá canguro” que cuenta con evidencia de ser una intervención costo-efectiva que permite disminuir la morbilidad y mortalidad en los recién nacidos o neonatos prematuros y/o con bajo peso al nacer y que ha sido recomendada y promovida por la OMS, así como, implementada en diversas instituciones públicas y privadas a nivel internacional y nacional. Como es sabido, esta metodología aún no se aplicaba de manera protocolizada en la Clínica San Felipe. Se logrará modificar las acciones del equipo médico de Neonatología que hasta la actualidad se viene brindando, ya que se introducirán estrategias científicas y oportunas que mejorarán la calidad y calidez del servicio.

La investigación beneficiará a los usuarios internos, quienes recibirán una actualización en el manejo de la teoría y metodología educativa para capacitar y supervisar

la acción de la mamá canguro, con lo que, permitirá elevar el grado de satisfacción profesional al cumplir un rol facilitador de alta sensibilidad humanitaria.

La investigación beneficiará a las usuarias externas, quienes mejorarán los cuidados maternos en los neonatos prematuros o de bajo peso al nacer durante su permanencia intrahospitalaria como también estará capacitada para realizarlo luego del alta médica en su hogar; además, el PMC permitirá integrar a los miembros de la familia en el cuidado del recién nacido ya que pueden ser integrados también el progenitor u otro familiar en caso de imposibilidad de la madre, se contribuirá a mejorar la nutrición con la lactancia materna precoz y las necesidades neurosensoriales con la estimulación temprana que requieren los neonatos prematuros para lograr una maduración psico-física del neonato, con desarrollo corporal, inmunológico y neuropsicológico óptimo similar a la de los niños nacidos a término.

La institución se beneficiará con los alcances del estudio porque existe evidencia que el PMC tiene relación directa con la supervivencia y calidad de vida libre de complicaciones neurológicas y metabólicas de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer; es decir, se observará teóricamente una disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad locales. Además, se logrará mejorar el grado de satisfacción del usuario externo y costos en el cuidado especializado y humanitario de estos pacientes.

### **Justificación metodológica**

Para demostrar la efectividad de un programa que busca resolver problemas reales, a través de la aplicación de una intervención educativa en madres de neonatos con alto riesgo de complicaciones, por su estado de inmadurez al nacer, será necesario realizar un estudio cuantitativo con diseño experimental, y por ser un número reducido de casos, se acomoda mejor un diseño pre-experimental, de pretest y posttest en la misma población, se podrá valorar los cambios introducidos por el programa en evaluación.

La investigación es factible de realizar, porque se contará con la autorización de las autoridades administrativas de la Clínica San Felipe de Lima-Perú, para hacer uso específico de la infraestructura y mobiliario de la institución en un ambiente para uso exclusivo donde se desarrollarán las actividades del PMC. No será necesario contratar más recursos humanos, se cuenta con el equipo médico y personal de enfermería que actualmente laboran en la UCIN de la institución, capacitados en el tema “Mamá Canguro” Además, según las estadísticas de la institución, se contará con el número suficiente de casos para demostrar la utilidad del PMC.

La investigación no significará gastos para la institución ya que será autofinanciada totalmente por la autora.

### **Justificación legal**

Como se realizará una investigación operativa con una intervención educativa con potenciales beneficios para el binomio madre-neonato, no existe limitaciones legales para su ejecución, salvo las dictaminadas por los códigos de ética vigentes, los que deben ser cumplidos en el consentimiento informado y confidencialidad de las fuentes. Estos estudios están amparados por las leyes peruanas y poseen el apoyo de las instituciones representativas, porque disminuirán los indicadores de mortalidad infantil a nivel local y nacional.

No se tendrán problemas legales por propiedad intelectual ni derechos de autor, porque se usará un programa adaptado por la autora de la investigación de la literatura médica publicada hasta la actualidad. La autora del estudio declara que no existe conflicto de intereses alguno.

### **Viabilidad**

La investigación es viable, se cuenta con el apoyo de la institución donde se ejecutará la implementación del PMC, también la cantidad suficiente de madres canguro e hijos

canguro necesarios, para medir el impacto en la salud materno-neonatal del programa a implementar. Además de que no implica mayores costos para la autora ya que la investigación será autofinanciada.

### **Delimitaciones**

La investigación se centrará en una clínica privada de servicios médicos: Clínica San Felipe de la ciudad de Lima-Perú, ubicada en el distrito de Jesús María, cuenta con otra sucursal en el distrito de Camacho. La clínica posee personal profesional para conformar el equipo médico del programa (Neonatólogos, pediatras, enfermeros y personal técnico-auxiliar de enfermería) y tiene la cantidad suficiente de pacientes para darle validez interna y externa al estudio.

### **Limitaciones**

La investigación se efectuará en un establecimiento de salud privado de reconocido prestigio, situado en el distrito de Jesús María en Lima-Perú. Cuenta con 18 camas para hospitalización neonatal en el área de alojamiento conjunto y una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales que dispone de 13 cupos o ambientes implementadas con tecnología de punta para el control y monitoreo individual, así como sistemas de aislamiento y ventilación según necesidad, además tiene 7 incubadoras para atención de los neonatos prematuros extremos, de muy bajo peso al nacer o con problemas respiratorios, lo cual cuenta con personal médico y de enfermería altamente calificado para la atención de los recién nacidos de cualquier edad, especialmente de los prematuros extremos (< 28 semanas de edad gestacional) y/o neonatos con bajo peso al nacer < 2000 gramos atendidos, pacientes que se presentan con regularidad en la clínica.



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTO TEÓRICO

#### Marco bíblico-filosófico

En la Santa Biblia se encuentra la historia de Ana y Samuel, una de las historias más inspiradoras y motivadoras, al leerla fortalece más nuestra fe en Dios, en un Dios que todo lo puede. La historia cuenta que Ana no podía quedar embarazada, por eso oraba incansablemente y con fervor todos los días pidiendo a Dios un hijo, así como lo describe: “Ella con amargura de alma oró a Jehová, y lloró abundantemente. E hizo voto, diciendo: Jehová de los ejércitos, si te dignares mirar a la aflicción de tu sierva, y te acordares de mí, y no te olvidares de tu sierva, sino que dieres a tu sierva un hijo varón, yo lo dedicaré a Jehová todos los días de su vida, y no pasará navaja sobre su cabeza” (1 Samuel 1:10,11).

Continuando con la lectura encontramos que Dios responde su oración y Ana da a luz a Samuel, a quien ella decide dedicarle y presentarle a Dios para su servicio, tal como lo menciona en 1 Samuel 1: 26-28: “Y ella dijo: ¡Oh, señor mío! Vive tu alma, señor mío, yo soy aquella mujer que estuvo aquí junto a ti orando a Jehová. Por este niño oraba, y Jehová me dio lo que pedí. Yo pues, lo dedico también a Jehová; todos los días que viva, será de Jehová...”

Al analizar además los libros de la escritora Elena G. de White (1986); por ejemplo, su obra *Conducción del niño*, en el cual afirma que “la educación comienza con el lactante. La palabra educación significa más que un curso de estudios. La educación comienza cuando el niño está en los brazos de su madre. Mientras la madre moldea y forma el carácter

de sus hijos, los está educando” (p. 26). Con esta afirmación podemos entender que el ser humano desde que es muy bebé va formando su carácter que lo perpetuará de adulto, indispensable el afecto y cariño que las madres brindan desde muy tierna edad.

Así mismo, E. G. de White, (1899) sugiere en su obra *Consejos relacionados con la maternidad* que toda mujer que va a ser madre, a pesar del medio que la rodea, debe alentar constantemente una disposición alegre, sabiendo que sus esfuerzos le producirán una cosecha diez veces mayor en el aspecto físico y en el carácter moral de su bebé. De este modo, también su salud física mejorará considerablemente. Con ello nos damos cuenta de que la actitud que vuestras madres apliquen en el momento de realizar la técnica de mamá canguro no sólo repercutirá en favorecer la salud de su bebé sino de ella misma.

En el sagrado libro, La Santa Biblia, en el evangelio de San Lucas, encontramos uno de los acontecimientos más bellos, que es el nacimiento de Jesucristo, y como sus padres terrenales María y José, impartieron mucho cariño, cuidado y protección a Jesús, desde que nació hasta su adultez, así como lo describe: “Y Jesús crecía en sabiduría y en estatura, y en gracia para con Dios y los hombres” (San Lucas 2:52).

En su obra *El Hogar Adventista* E. G. de White, (1986): “Todos los padres pueden aprender mucho con respecto al cuidado y a las medidas preventivas y aún al tratamiento de la enfermedad” (p.238). De allí importante la dirección y guía, mediante la educación que se impartirá mediante el Programa Mamá Canguro a los padres de cada bebé prematuro.

### **Marco histórico**

A finales de los años setenta en el Instituto Materno Infantil (IMI, Bogotá, 1978), funcionaba como Hospital de primer nivel, donde se cubría las necesidades de un gran número de personas con bajos recursos económicos. El entorno con las que contaban dicha institución no eran las mejores, junto con la deficiencia tecnológica y dificultades financieras, originando hacinamiento y mortalidad entre los recién nacidos de bajo peso.

Basándose en sus protocolos de atención a recién nacidos, los prematuros eran aislados de sus madres, por períodos prolongados de tiempo, por el poco abastecimiento de incubadoras aumentaba la proliferación de infecciones y otras enfermedades.

Gracias a la determinación del Doctor Edgar Rey Sanabria y el Dr. Martínez Gómez, para poner fin a toda esta situación de emergencia que padecían y para alcanzar un bienestar entre las madres y bebés, deciden crear el Programa Mamá canguro, galardonados con el PREMIO SASSAKAWA, por la (OMS, 1990), por tan loable labor.

Se ha estimado que la tasa media de mortalidad neonatal para todos los niños, durante el período 1977- 1984, era de 52 por mil nacidos vivos (Díaz y Bellman, 1984). Según las estadísticas del hospital, previamente a la iniciación del Programa Canguro, no había supervivencia de los niños con peso inferior a 1.000 gramos, mientras que sobrevivía el 35% en el grupo de 1.001 a 1.500 gr. y el 81% en el grupo de los niños de 1.501 a 2.000 gr. (Martínez y Rey, 1983). Hasta el día de hoy tanto a nivel nacional e internacional es utilizado de guía, para la creación de nuevos programas mamá canguro en diferentes hospitales, clínicas e instituciones médicas como lo ha sido aquí en Perú, nuestro Hospital HONADOMANI San Bartolomé, pionero en crear el Programa mamá canguro, por el año 1987. Según sus datos estadísticos han teniendo menos del 30% de deserción de las madres y la permanencia hospitalaria de los recién nacido prematuro (RNPM), con peso de 1,500-2000gr., es del 59,3% entre 7-14 días y más de 14 días alcanza el 6,2%, lo cual indica el progreso del programa. Fuente Hospital Nacional Docente Madre-Niño, San Bartolomé, 2012.

### **Salud materno infantil**

El término salud materno infantil implica la atención con calidad total de la salud de la madre y el niño; en especial, las acciones preventivas y de promoción de la salud que

pueden ser aplicadas en el binomio madre-hijo y extendidas a la familia con la finalidad de evitar problemas en la salud de esta población objetivo. Su objetivo es “evitar la muerte materna relacionada al embarazo, parto o dentro de los 42 días posparto por causas asociadas a la gestación, parto o puerperio o a su manejo, pero no por causas accidentales” (Ortega, 2013, p. 7). También involucra las acciones para disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal inmediata o tardía.

Las políticas de la salud materno-infantil se deberán implementar de forma diferenciada, para lo cual será necesario usar el enfoque de riesgo, para de esta manera actuar en la modificación de los factores de riesgo y la integración de políticas interceptoras, para no malgastar recursos económicos y humanos por repeticiones innecesarias e infructuosas. Involucra el embarazo, parto, puerperio y lactancia en la madre, así como la atención neonatal, las inmunizaciones y conservación de la salud infantil (Aliaga, 2010).

Sus acciones se desarrollan en el ámbito de la mujer en edad fértil, a través de la salud sexual y reproductiva, planificación familiar, atención y cuidados durante el embarazo del binomio madre-feto (etapa prenatal), atención durante el parto (intranatal) y cuidados postnatales del binomio madre-recién nacido, hasta lograr su desarrollo hasta los cinco años de vida. La salud materno infantil involucra también el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan mayormente la población pediátrica; por ejemplo, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, entre otras (UNICEF, 2013).

Una de las principales herramientas para lograr los objetivos de una adecuada salud materno infantil, es la educación de los padres en temas de salud, para alcanzar las mejoras en las condiciones y los estilos de vida que impactan en la salud de la población vulnerable (Ministerio de Salud del Perú, 2010).

Otro aspecto importante de la salud materno infantil son las acciones de vigilancia epidemiológica que permite enfrentar y prevenir factores socio-ambientales, que ponen en

riesgo la salud de la madre-hijo. Este enfoque más amplio a nivel internacional significa reconocer que la problemática de la salud materno infantil necesita de la interacción entre el sector salud (que debe vencer las barreras económicas y geográficas para asegurar el acceso de los individuos a los servicios de salud) y sector social (que debe enfrentar la pobreza, déficit educativo, etnicidad y relaciones de género). La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente enfatiza el trabajo multidisciplinario para integrar las intervenciones multisectoriales y superar las barreras políticas que se observan mayormente en los países en vías de desarrollo (Valdivia y Díaz, 2006).

### **Cuidados neonatales**

Los cuidados neonatales son el conjunto de acciones básicas, aseguran la calidad en la atención del recién nacido mediante la solución de problemas de salud surgidas, durante el periodo de adaptación neonatal extrauterina y buscan aumentar la calidad de vida del neonato prematuro que no tiene la capacidad para mantener su salud por sí mismo (Mata et al., 2009). Se basa en un amplio marco teórico que permite evaluar las necesidades reales y potenciales de manera individual, del paciente, su familia y, en sentido más amplio, de su comunidad.

Durante las últimas décadas, la supervivencia de los neonatos prematuros extremos ha mejorado, por los avances en el cuidado prenatal y neonatal inmediato basados en el conocimiento más amplio de la fisiopatología neonatal y con el advenimiento de procedimientos invasivos de soporte, como la ventilación mecánica o la protocolización de las maniobras de reanimación neonatal y la aplicación de cuidados intensivos máximos y prolongados, aunque a pesar de todas las estrategias ejecutadas, las complicaciones neurológicas de moderadas a graves siguen siendo un alto costo para el equipo médico tratante (Ceriani, 2010; Correa et al., 2006).

## **Prematuridad**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definen como neonato prematuro al recién nacido con edad gestacional entre las 22 semanas y antes de cumplir las 37 semanas (nacido entre 154 y 258 días de gestación), de origen multicausal, por lo que se la considera como una entidad sindrómica y principal responsable de la morbilidad y mortalidad neonatal. (OMS, 2013; FIGO, 2008). Tiene un alto costo económico y social, por es su tratamiento es amplio y van desde los cuidados preconcepcionales hasta la atención del parto y del neonato en el periodo postnatal (Mendoza et al., 2016).

Son neonatos que presentan inmadurez en el funcionamiento de uno o varios sistemas vitales, siendo una de las más importantes la función respiratoria durante el proceso de adaptación a la vida extrauterina, y según la gravedad de la inmadurez estos neonatos adquirirán lesiones que pueden originar la muerte neonatal o principalmente lesiones psicomotoras persistentes y complicaciones: síndrome de dificultad respiratoria, septicemia, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante. La inmadurez también se observa en los recién nacidos con bajo peso al nacer, a pesar de tener una adecuada edad gestacional. Los neonatos con 22 semanas de edad gestacional tienen un peso de 500g y se reconoce que a menor edad gestacional y menor peso, la mortalidad y las complicaciones son más frecuentes y graves (Huamán, 2008).

La OMS clasifica a los recién nacidos según la edad gestacional al momento del parto:

- ✚ Recién nacido pretérmino general: aquellos nacidos con menos de 37 semanas de gestación.
- ✚ Recién nacido pretérmino moderado a tardío: aquellos nacidos de la semana 32 a 36 semanas con 6/7 días, con peso al nacer entre 1,500 y 2,500 gramos.

✚ Recién nacido muy pretérmino: aquellos nacidos entre las 28 semanas a 31 con 6/7 días, con peso al nacer menor de 1,500 gramos.

✚ Recién nacido extremadamente pretérmino: aquellos nacidos con <28 semanas, con peso menor o igual a 1,000 gramos (García, 2015, pág. 10).

La incidencia de neonatos prematuros ha aumentado durante las últimas dos décadas, aun en los países desarrollados y se ha determinado que las razones serían el incremento de la fertilización in vitro, aumento del embarazo adolescente y la cesárea electiva antes de término sin causa justificable (OMS, 2015). La incidencia varía mucho de un país a otro, y aun dentro de un mismo país por razones sociodemográficas, antecedentes de embarazos prematuros previos, presencia de enfermedades maternas crónicas, deficiencias en el control prenatal y evolución del embarazo, entre otros factores (Huaroto et al., 2013).

Según Blencowe, el 2012, su incidencia a nivel mundial fluctuaba entre 5 y 12% del total de nacidos al año, y para la OMS, para el 2015, la incidencia variaba entre 5-18% (Blencowe et al., 2012; OMS, 2015). Se ha estimado que aproximadamente el 85% de la carga mundial de prematuros se concentraron en África y Asia, donde el año 2005 se registraron 10,9 millones de prematuros (Beck et al., 2010). La incidencia más alta a nivel mundial se observó en Malawi 18,1% (África) (Blencowe et al., 2012). La incidencia de prematuridad en los continentes en orden de importancia fue: África 11,9%, Norteamérica 10,6%, Asia 9,1%, Latinoamérica y el Caribe 8,1%, Oceanía 6,4% y Europa 6,2% (Mendoza et al., 2016; OMS, 2015). Se considera que es responsable del 60% a 80 % de las muertes neonatales en recién nacidos sin malformaciones y del 50 % de las discapacidades neurológicas congénitas (Huaroto et al., 2013; Parra, 2013).

En América Latina, la prematuridad tiene las siguientes incidencias: Colombia 9,5%, Argentina 9,3%, Uruguay 8,7%, Brasil 6,6%, Chile 5,6% y Ecuador 5% (Retureta et al., 2014; Beck et al., 2010). En el Perú, la incidencia estimada por el MINSA el 2015 fue de

6,5%; y de estos casos, el 86,8% tenían de 32-36 semanas de edad gestacional, 9% de 28-31 semanas y 4,2% con menos de 28 semanas (MINSA-Oficina General de Tecnologías de la Información, 2016).

La sobrevivencia de los neonatos prematuros nacidos entre las 28 y 29 semanas supera al 90%; pero los nacidos entre las 22 y 23 semanas sólo superviven entre el 20-30%, aunque estos neonatos van a padecer, a corto plazo, complicaciones como síndrome de sufrimiento respiratorio, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del conducto arterioso; a largo plazo evidenciarán principalmente cuatro secuelas: displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, retraso mental y retinopatía del prematuro (OMS, 2013; Retureta et al., 2014).

Las tres principales causas de muerte neonatal (aproximadamente el 86% de las muertes) se producen por infecciones, asfixia y parto pretérmino. En América Latina mueren al año 135 000 neonatos prematuros, siendo más severo en los prematuros extremos de los que una quinta parte no sobrevive el primer año y 60% de los que sobreviven tendrán algunas discapacidades neurológicas como “problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral” (García, 2015, pág. 10).

En Perú, la frecuencia de prematuros varía entre las diferentes regiones y entre los establecimientos de salud, aunque por lo general está entre el 10-14% del total de nacidos vivos, y representa la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal porque los trastornos observados en estos neonatos se deben a la inmadurez de los órganos y sistemas comparado a los neonatos a término.

La prematuridad representa el mayor factor de riesgo de deficiencia y discapacidad que trae repercusiones a nivel familiar y social, por eso se deben identificar a las gestantes que presenten los factores de riesgo identificados por la literatura médica desde el inicio de



los controles prenatales, dar el tratamiento pertinente para lograr prolongar lo más posible la gestación, tratar la amenaza de parto pretérmino y evitar los partos prematuros, indicar cesárea electiva justificada y lograr la madurez pulmonar con corticoides, entre otras acciones que permitirán prevenir neonatos prematuros.

### **Bajo peso al nacer**

A nivel mundial anualmente nacen unos 20 millones con bajo peso al nacer (BPN) presentándose aproximadamente el 90% de los casos en los países en vías de desarrollo (OMS, 2016). Se reconoce que es multicausal, pero son dos razones claramente diferenciadas como son las anomalías en el crecimiento prenatal y el parto prematuro.

Los recién nacidos se clasifican según su peso al momento del parto como:

- ✚ Recién nacido con bajo peso: producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional.
- ✚ Recién nacido con peso muy bajo: peso al nacimiento menor de 1,500 gramos.
- ✚ Recién nacido con peso extremadamente bajo: peso al nacimiento menor de 1,000 gramos (Gómez et al., 2012, pág.33).

Estos neonatos tienen, principalmente, mayor riesgo de complicaciones neurológicas y problemas cardiovasculares, lo que aumenta las tasas de mortalidad infantil que en algunas series se describen se incrementa hasta 14 veces en el contexto del neonato con BPN y hasta 40 veces en el neonato con peso extremadamente bajo. Con los adelantos tecnológicos y conocimientos de la fisiopatología neonatal, en la actualidad, es posible conseguir la supervivencia de neonatos con pesos cercanos a 500 gramos, aunque, la mayoría de estos neonatos presentarán secuelas neurológicas durante la infancia como un desarrollo intelectual inferior a los niños nacidos a término.

Por eso los costos de los cuidados requeridos para superar el déficit en la madurez somática, neuropsicomotora y sensorial que necesitan estos neonatos presentan una mayor carga para la salud pública del país (García, 2015).

### **Marco teórico de las variables**

#### **Programa Mamá Canguro**

En 1979, los doctores Edgar Rey y Martínez fueron los primeros en aplicar el Programa Mamá Canguro (PMC) en Bogotá-Colombia, para atender de forma práctica, eficiente y económica a los recién nacidos con bajo peso al nacer, que requerían atención especializada y como una alternativa al tratamiento convencional de la época, porque no contaban con la cantidad suficiente de incubadoras, así como al hecho, de que se requería dar alta hospitalaria precoz por el elevado número de infecciones neonatales intrahospitalarias. Al inicio se recolectaba la leche materna fuera de la unidad de hospitalización, luego se autorizó la entrada a la unidad de las madres a libre demanda, observándose disminución de las infecciones y de la morbilidad en estos pacientes. (Rey 1983). Desde entonces, se ha extendido su uso y se han introducido variaciones a la metodología original.

El término "cuidado de madre canguro/Kangaroo Mother Care" se empezó a usar después del *First International Workshop on Kangaroo Care* en 1996, planteaban realizar cuidados del neonato con posiciones similares a los realizados por los marsupiales; es decir, las madres cargaban a sus hijos con contacto directo sobre su vientre, además de brindarles alimentación con lactancia materna y estimulación neurológica, hasta lograr que alcancen la madurez de sus órganos que les garantice sobrevivir en el mundo extrauterino como lo realizan los nacidos a término (Lucchini et al., 2012).

Para la extensión de su uso en los establecimientos de salud se tuvo que dejar atrás dos paradigmas de los cuidados neonatales hasta ese entonces, ya que “se consideraba a la

incubadora como hábitat del prematuro y al biberón como su medio de alimentación” (Valle y Amat, 2011).

Desde el año 2003, la OMS ha introducido una guía para implementar los PMC en base a los estudios de la Fundación Canguro liderada por la Dra. Charpak (Valle y Amat, 2011). La OMS define al PMC: “la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término” (Pardo, 2015, p. 5). Es una metodología práctica, económica y que puede ser desarrollada por todas las madres de los neonatos prematuros; es decir, es una metodología que involucra a la madre en el cuidado del recién nacido, ha demostrado ser más efectivo y eficiente para la salud del neonato prematuro, ya que se ha demostrado que los neonatos con bajo peso tenían mayor estabilidad junto a su madre que aquellos neonatos que permanecían dentro de la incubadora (Charpak, 2010).

De esta manera, se cuenta con un Programa que humaniza el cuidado del recién nacido, frente al cuidado convencional de avance tecnológico que tiene al neonato alejado de su madre. Este método hace que la madre sea capaz de brindar a su hijo recién nacido prematuro de “calor humano, amor, lactancia materna exclusiva y garantizarle no sólo beneficios nutricionales, sino inmunológicos y afectivos, es decir, que “vuelva a reencontrarse” con todos aquellos estímulos prenatales de forma natural, evitando en todo momento la separación con su madre” (Fernández et al., 2012, pp. 1-2)

El PMC se caracteriza, porque se fundamenta en el contacto piel a piel entre madre-recién nacido de forma precoz, continua y persistente con el neonato entre los senos maternos y bien sujeto al pecho materno en posición vertical; la aplicación de la lactancia materna como principal mecanismo de nutrición, idealmente, la lactancia materna exclusiva,

y alta hospitalaria precoz por la capacidad materna de continuar los cuidados neonatales en el hogar (Conde et al., 2008; Carbonell et al., 2010).

La utilidad del PMC se puede extender a los neonatos con BPN como señala Torres et al. (2006) que ingresó 80 niños con < 2000g a un PMC, logrando que 70,9% de las madres señalen satisfacción, por la aplicación del método, porque presentaron mayor confianza, seguridad y mejor desempeño al cuidar a sus hijos. Las madres insatisfechas señalaron que se debía a la sensación de enclaustramiento en la sala de piel a piel, porque no podían desplazarse por ningún lugar y mantenían cargados a sus hijos demasiado tiempo. En el Valle de Cali-Colombia, se usó el PMC en niños con BPN de los que el 67% recibieron lactancia materna exclusiva y 29% leche materna más leche de fórmula (Torres et al., 2006). En el estudio de Javorsky y Caetano (2004) realizado en Brasil, hallaron que el 56,6% egresaron del PMC con lactancia materna exclusiva y 43,4% con lactancia mixta. Simultáneamente, las madres que no usaron el PMC egresaron sin haber amamantado a sus hijos y con lactancia artificial. Algunas madres consideraron “difícil y desgastante” dar de amamantar a un neonato prematuro.

Los beneficios que el PMC otorga al neonato prematuro son: el contacto piel a piel tranquiliza al neonato, reduce la actividad motora (Cong et al., 2009), incrementa los períodos de sueño tranquilo, hay mayores niveles de oxígeno, menor desaturación de oxígeno, no incrementa en el consumo de oxígeno, menos episodios de apnea y respiración periódica (Feldman y Eidelman, 1998), no presentan trastornos en la regulación térmica, porque disminuye el gasto térmico (Corpus, 2015), desarrollo neurológico normal evitando la retinopatía o la hemorragia intraventricular (Conde et al., 2008), ganancia de peso diario idealmente mayor a 15 g/día (Fernández et al., 2012), mejora del sistema inmunológico (Acosta et al., 2003), reducción de la estadía intrahospitalaria (Cattaneo et al., 1998;

Charpak et al., 2005; Fernández et al., 2012), y menor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal (Charpak et al., 2005; Conde et al., 2008; Carbonell et al., 2010; Cantero, 2015)

Las dimensiones del PMC que se evaluaron en el estudio fueron:

### **Posición canguro**

La ubicación y posición del neonato prematuro es fundamental, para brindar el contacto piel con piel del binomio madre-producto. La posición canguro se logra colocando al neonato “entre los pechos de la madre, en posición vertical de modo que el pecho de aquél quede en contacto con el de la madre” (OMS, 2004, p. 23). La cabeza debe mirar hacia un lado levemente extendida para conseguir abrir las vías respiratorias, evitando la flexión o hiperextensión cefálica, porque interrumpirían la respiración del prematuro. Se deben flexionar los brazos y las caderas, así como extender las piernas asemejando la posición batraciana (Cong et al., 2009; Arivabene y Rubio, 2010).

El neonato prematuro debe ser sostenido con una faja especialmente diseñada; de tal manera, la parte superior de la faja coincida con la oreja del recién nacido y la mayor fuerza tensil de la faja sea a nivel del pecho del bebé, dejando libre el abdomen a nivel del epigastrio materno. La respiración materna estimula al prematuro, porque este tiene respiración abdominal, contará con espacio para respirar sin presión (Araque, et al., 2013).

Se debe enseñar a la mamá canguro la manera como colocar y retirar al prematuro en la faja. El miedo materno por dañar al prematuro desaparece conforme se familiariza con la técnica. Mientras se mantenga al prematuro en posición vertical, debe sostenerlo con una mano a nivel de la nuca y sobre la espalda, asegurando que la cabeza no se incline hacia abajo y obture las vías respiratorias, apoyando la base de la mandíbula del prematuro entre los dedos de la madre. La otra mano de la madre se debe ubicar a nivel del trasero del prematuro (OMS, 2004; Charpak, 2010).

La mamá canguro puede lactar al prematuro en posición canguro, lo que va estimular la producción de leche materna. Si fueran gemelos, se sugiere colocar a cada neonato a un lado del pecho de la madre y luego alternar sus posiciones. Generalmente la madre prefiere al inicio amamantar a un neonato a la vez, pero con algo de experiencia podrá lactar a los dos simultáneamente (Bosiga et al., 2010).

El neonato prematuro debe estar desnudo o ligeramente cubierto en la parte dorsal dejando libre tórax y abdomen, para permitir el contacto piel a piel con su madre, puede recibir todos los cuidados neonatales y la madre puede realizar todas sus actividades (caminar, sentarse, actividades recreativas, educativas o lúdicas), mientras se mantenga al prematuro en la posición canguro (Corpus, 2015). Sólo se interrumpe el contacto piel a piel cuando se va cambiar pañal, se realizará la higiene del cordón umbilical o cuando sea preciso realizar una evaluación médica. La OMS (2013) no recomienda el baño diario, y si se realiza, debe ser breve y con agua temperada alrededor de 37 °C e inmediatamente secar y envolver en ropa y colocarlo en posición canguro la antes posible.

La madre debe dormir reclinada o semireclinada a quince grados sobre la horizontal y con el neonato en posición canguro, lo que se logra en una cama reclinable o con apilamiento de almohadas en la cama. Durante el día, la madre puede usar una silla con respaldar ajustable (Cantero, 2015).

La duración diaria de la posición canguro debe incrementarse en forma gradual hasta ser lo más continuo posible de día y de noche, al iniciar no debe ser menor de 60 minutos por sesión, para evitar estresar al neonato con los cambios frecuentes (Delgado y Reyes, 2004). En el caso de que la madre se separe del neonato, lo ideal es que otro familiar realice la posición canguro y el contacto piel a piel (Gallegos et al., 2010). La duración total de la posición canguro puede seguir en el hogar, generalmente se interrumpe cuando ya no es posible realizarlo o hasta que se alcance la edad gestacional de neonato a término; es decir,

hasta alcanzar las 40 semanas, o hasta lograr superar los 2500g. En estas condiciones, el neonato no tolera la posición canguro, se retuerce, está incómodo, saca las extremidades, llora y se queja cuando se trata de colocarlo en la posición canguro. Se puede retomar la posición canguro ocasionalmente, luego del baño, en una noche fría o durante las estaciones de invierno (Kuhn, 2011).

### **Calor**

Los neonatos prematuros tienen mayores dificultades que los neonatos a término, para mantener la regulación y mantenimiento de la temperatura corporal por las siguientes razones. Como tienen mayor superficie corporal pese al BPN que traen, hay un mayor intercambio de temperatura con el medio ambiente, que lo expone a mayores pérdidas de calor e incrementa el riesgo de hipotermia (Urquiza, 2002; OMS, 2004).

Al nacer presentan una menor cantidad de grasa subcutánea, tienen menor aislamiento del medio ambiente y menor capacidad para conservar el calor. Tienen menor capacidad para movilizar la noradrenalina y ácidos grasos libres, porque tienen menores depósitos de grasa parda, necesarios para estos desplazamientos requeridos para la termogénesis química (Fernández et al., 2012).

El neonato prematuro no puede producir calor suficiente, porque no puede ingerir calorías, por lo que aporta pocos insumos para la termogénesis. Tampoco no puede generar calor mecánico por contracciones musculares (tirititeo) (Lucchini et al., 2012). Los neonatos prematuros con problemas en el sistema respiratorio tienen limitaciones para el consumo del oxígeno (Escobar, 2015).

El prematuro tiene menor capacidad para disipar calor con sudor. Durante la hipotermia, los neonatos prematuros presentan una vasoconstricción periférica que originará un metabolismo anaerobio y acidosis metabólica; en cuyo caso, puede incrementarse la hipoxia por vasoconstricción de los vasos pulmonares, cerrando el circuito vicioso de mayor

hipoxia, metabolismo anaerobio y acidosis. La hipoxia incrementa el enfriamiento y, por lo tanto, el riesgo de hipotermia, hipoglicemia, acidosis metabólica y mayor consumo de oxígeno. Esta situación es más comprometedora para los prematuros extremos (Johnston et al., 2009).

La capacidad termorreguladora de los neonatos prematuros mejora con la edad postnatal, y cuando se observa maduración neurológica, el neonato adopta posiciones corporales, para disminuir la superficie de contacto para intercambio de calor con el medio ambiente (Urquiza, 2003, OMS, 2004).

El rol termorregulador de la madre o del padre, es decir, con el contacto piel con piel a nivel del seno maternal durante las 24 horas, debajo de su ropa de uso diario y con el bebé en decúbito prono y desnudo o en posición canguro, el calor del cuerpo de la madre se intercambia con el cuerpo del neonato evitándose, de esta forma, la hipotermia del prematuro. Además, no se recomienda bañar al prematuro todo el tiempo para evitar la hipotermia y un menor consumo de energía (OMS, 2004; Lizaraso et al., 2012; Lucchini et al., 2012).

### **Afecto**

Klaus y Kennell (2007) demostraron que al realizar el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido durante los primeros minutos de vida, se forma una relación simbiótica entre ambos, existiendo sentimientos afectivos, seguridad, satisfacción y confianza recíproca. A su vez, la lactancia materna dentro de los primeros 30 minutos de vida del neonato tranquiliza a la madre, acelera el desprendimiento y expulsión de la placenta, libera oxitocina que disminuye el sangrado post parto (Prado y Soriano, 2015).

El apego precoz reduce la ansiedad de la madre frente al parto, fortalece los vínculos afectivos con su hijo, lo que favorecerá la decisión de brindar la lactancia materna exclusiva (Torres et al., 2006; Valle y Amat, 2011).



En algunos casos, no se realiza el apego precoz en sala de partos por la existencia de algún factor riesgo, para la salud del recién nacido prematuro, por lo que se debe fomentar un ambiente favorable para reestablecer la relación madre-neonato prematuro; así el personal de salud debe brindar a los padres información real y en términos sencillos, para mantener la comunicación adecuada, apoyo moral, lazos de confianza, comprensión y orientación y facilitando su adaptación emocional. De esta manera, se evitará tensiones en la madre que impidan la producción de leche y pueda aceptar la separación, ya que generalmente la madre es dada de alta antes que el prematuro. Es importante lograr la acción directa de la madre en la estimulación de su hijo de riesgo, favoreciendo su acceso permanente y permanencia en el hospital (Sánchez, 2014).

La relación madre-recién nacido mejora cuando ingresan al PMC. Tessier et al. (2003) encontraron que las mamás canguro toman conciencia de su rol materno y son más sensibles, siendo mejor, si ingresan dentro de los primeros dos días después del nacimiento o en situaciones de tener un prematuro frágil en cuidados intensivos, frente a las madres de neonatos prematuros atendidos en incubadoras. Señalan que la madre canguro crea un clima familiar favorable para el cuidado del prematuro durante su permanencia en el hospital, así como, para su cuidado en el hogar. Según Ogi et al. (2002) se crea interacciones positivas entre los neonatos y los padres.

En un estudio posterior, Tessier et al. (2003) señalan que el cuidado madre canguro parece ser un medio para realzar la calidad de cuidado en el medio familiar, creando un clima en el cual las madres y los padres progresivamente se van volviendo más atentos respecto al hijo/a, y presentan mayor tendencia hacia un cuidado sensible. Igualmente, Ogi et al. (2002) afirman que el cuidado madre canguro promueve interacciones positivas entre el niño/a y sus padres. Feldman et al. (2002) observaron que tanto las madres y/o padres del PMC eran más sensibles y tenían mejores ambientes familiares que las madres y/o padres de

prematuros cuidados en incubadora. Ortiz (2006) también reporta que las mamás canguro adolescentes y adultas compradas con mamás adolescentes y adultas de neonatos a término con similares condiciones sociodemográficas obtuvieron mayores puntajes, en la evaluación de la sensibilidad materna hacia sus neonatos. Existe evidencia de que una madre adolescente tiene mejor calidad en el cuidado de un prematuro cuando es capacitada e ingresa a un PMC que le permite un contacto precoz y una mejor comunicación y conocimiento de su hijo.

El rol de los papás canguro ha sido valorado positivamente, encontrando que su participación disminuye su ansiedad al estar cerca de su hijo en riesgo, el apoyo que reciben las madres permite que estas acepten brindar la lactancia materna, así como mejora la destreza de la madre en el cuidado que debe brindar al prematuro. Se demostró que la participación paterna disminuyó el abandono de los niños y se observó una mayor solidaridad entre los padres, con recuperación más rápida de los prematuros, así como disminución de las tasas de complicaciones y secuelas neurológicas muy comunes en los prematuros. Las caricias, el tacto, la voz, el arrullo y el latido cardíaco de los padres brindan una estimulación neurosensorial que los prematuro responden positivamente, todo esto sería la base de la interacción psicoafectiva, del desarrollo cognitivo y la comunicación posterior (OMS, 2004; Sánchez y Merchán, 2012; Lucchini et al., 2012; Sánchez, 2014).

### **Lactancia materna exclusiva**

Existen evidencias de las ventajas de la lactancia materna exclusiva del prematuro a nivel nutricional, inmunológico y neuropsicológico sobre las leches artificiales “especiales” o sueros glucosados (Lizaraso et al., 2012). La Leche materna de una madre de prematuro contiene mayor cantidad de proteínas, sodio, cloro y hierro que la leche de una madre de neonato nacido a término; es decir, contiene las cantidades requeridas, según las necesidades reales para lograr la madurez y la recuperación del peso adecuado. La leche materna de un

recién nacido prematuro tiene mayor cantidad de nitrógeno con diferencias notables, las dos primeras semanas y disminuye progresivamente hasta un mes postparto y ser similar a la leche materna normal. El calostro debe ser el primer alimento de un prematuro considerando que esta leche es ideal para los recién nacidos con BPN (Fernández et al., 2012; Corpus, 2015).

La leche materna contiene 30% de caseína y 70% de proteínas séricas siendo la más importante la lactoalbúmina, así como también la lactoferrina, lisosima, IgA e IgA secretora que tienen rol en el sistema defensivo del niño. La grasa, principal macronutriente de la leche, varía en el día y en cada mamada, siendo más alta en la leche final, provee de energía y de las vitaminas liposolubles A,D,E,K. Los lípidos tienen un patrón de ácidos grasos, lipasas y triglicéridos que se absorben en altas concentraciones gracias a las sales biliares secretadas por el neonato pretérmino. La grasa final, a partir de 10 ml de leche materna acumulada, aumenta y es mayor a partir de los 20 ml, por lo que, se debe realizar el crematocrito; es decir, sacar manualmente la leche del seno antes de cada lactada y ofrecer esta leche final al neonato, para que gane peso con mayor rapidez. Los carbohidratos más importantes de la leche materna son la lactosa y los oligosacáridos, son bien absorbidos por los neonatos prematuros y sobre todo los oligosacáridos juegan un rol inmunológico, porque estructuralmente son similares a los receptores de antígenos bacterianos específicos evitando que las bacterias se adhieran a las mucosas del huésped (Urquiza 2002; OMS, 2004; Gallegos et al., 2010).

El PMC sugiere iniciar la lactancia materna dentro de las dos primeras horas de vida extrauterina del prematuro con el calostro de su propia madre, con lo que se logra una rápida recuperación del peso corporal y reducción de la incidencia de enterocolitis necrotizante (NEC), sepsis y meningitis patologías frecuentemente observadas en estos neonatos. Se debe evitar el ayuno prolongado de los recién nacidos prematuros (Kuhn, 2011).

La alimentación del recién nacido prematuro se dificulta, por la incapacidad del neonato para alimentarse mediante succión directa siendo necesario alimentarlo por gavage (leche por sonda orogástrica a gravedad). La coordinación de la succión/deglución, el cierre de la epiglotis, úvula y senos faríngeos, así como la motilidad esofágica normal requiere un desarrollo neurológico adecuado, apareciendo después de las 34 semanas de edad gestacional (Delgado y Reyes, 2004; Fernández et al., 2012).

El neonato prematuro debe tener estimulación temprana del reflejo de succión del seno materno, para estimular la producción láctea de la madre incluso en los menores de 34 semanas de edad gestacional. En caso de no existir reflejo de succión/deglución adecuada se iniciará la lactancia a gravedad, ya sea con sonda nasogástrica (SNG), orogástrica, jeringa, gotero, vasito o cucharita. Al prematuro que puede alimentarse por vía oral debe administrársele leche de su propia madre, generalmente en pequeños volúmenes para estimular la maduración de la función gastrointestinal y mejorar la motilidad intestinal (OMS, 2004; Estrany et al., 2009; Fernández et al., 2012).

Otras limitantes de la lactancia materna se deben a la madre; por ejemplo, el caso de las madres primerizas y de las madres adolescentes, quienes tienen temores y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento y de las ventajas de la lactancia materna (Cong et al., 2009). Las recomendaciones para la lactancia materna incluyen (Urquiza, 2002; OMS, 2004):

- En recién nacido pretérmino con peso <1000 g: 0,5-1cc cada 3 horas por SNG y medir residuo gástrico.
- En recién nacido pretérmino con peso entre 1000-1500 g: 1-2 cc cada 2 horas por SNG o succión (si la tiene) y medir el residuo gástrico.

- En recién nacido pretérmino con peso entre 1500-2000 g: 3-5 cc cada 2 horas con gotero, cucharita o vasito, probar previamente succión directa (debe haber coordinación succión/deglución y respiración al mismo tiempo).

El volumen de la leche materna aumentará progresivamente a partir de las 48 horas, si hay buena tolerancia oral, así aumentando cada vez 50% del volumen que recibía hasta que el prematuro tenga una succión vigorosa directa y a libre demanda (OMS, 2013).

En el caso de tener un prematuro con apoyo de ventilación mecánica, se recomienda iniciar la administración de calostro en pequeños volúmenes, de acuerdo al peso, para una rápida recuperación del peso y del sistema inmune (Estrany et al., 2009; Fernández et al., 2012; Corpus, 2015).

### **Estimulación neurosensorial**

La estimulación neurosensorial en los neonatos es un conjunto de actividades específicas, que tiene el objetivo de acelerar la maduración cerebral y del sistema nervioso central en un neonato prematuro en las dimensiones: fisiológico, motor, nivel de conciencia, nivel de atención y sistema de autorregulación que representan la base del futuro desarrollo motor, mental y social del recién nacido. En el neonato prematuro estas dimensiones no están desarrolladas ni intercomunicadas adecuadamente (OMS, 2013; Fernández, 2012).

En el ámbito fisiológico, controla las funciones autonómicas: respiración, ritmo cardíaco, cambios de color de la piel y las evacuaciones. A nivel motor controla la postura y los movimientos corporales. El nivel de conciencia controla el tiempo de vigilia-sueño del neonato. El nivel de atención controla la capacidad neonatal para enfocar caras, objetos y sonidos. En el sistema de autorregulación, existe equilibrio entre los sistemas y permite calmar al neonato prematuro. Se aplican diversos esquemas de tratamiento con sesiones en base a la estimulación visual, auditiva y táctil, se puede incluir también el manejo del masaje Shantala y musicoterapia (OMS, 2004; Espejo, 2014; Corpus, 2015).

Existe evidencia de que los cuidados maternos realizados en el PMC tienen impacto positivo, para el desarrollo físico y neuropsicológico del recién nacido prematuro. Feldman y Eidelman (2002) encontraron que entre los 6 y 12 meses de edad los prematuros ingresados al PMC presentaron mayor puntuación en la escala de Bayley (indicador del desarrollo mental y psicomotor) que los neonatos a término. Tessier et al. (2003) encontraron que a los 12 meses de vida los prematuros atendidos en el PMC tuvieron puntuaciones más altas que los prematuros atendidos tradicionalmente en incubadora en las dimensiones audición y habla, personal-social y ejecución de la prueba Griffiths.

La estimulación neurosensorial que brinda la madre a su hijo prematuro en el PMC a través del contacto precoz de piel a piel y la estimulación auditiva-táctil favorece a la organización del sistema neuro comportamental y regulación emocional, mejora el ciclo sueño-dormida, regulación de emociones negativas y estados emocionales y mejor atención al explorar objetos (Feldman y Eidelman, 2002; Ogi et al., 2002).

### **Conocimientos**

El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posiciona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda la más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta realidad misma del objeto, por medio de esa reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía sino psíquica, cognoscible, intencional.

## **Elementos del conocimiento**

### **Sujeto**

El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor, en el individuo se centran la ignorancia, duda, opinión y certeza.

### **Objeto**

Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa, su función es ser aprehensible y aprendido por el sujeto.

### **Medio**

Generalmente la ausencia de medios especiales, los instrumentos de trabajo son a la vez medios del conocimiento de la realidad, los cuales pueden ser una experiencia interna, o externa, la razón, imagen (Zetina, 1996).

## **Prácticas**

Son comportamientos que cada individuo desarrolla en las distintas áreas que enfrenta y éstas van a depender de factores genéricos, ambientales que comienzan desde el vientre de la madre y adquieren gran determinación del medio que los rodea.

Las prácticas son aprendidas y son motivadas por factores internos (Smith, 1984, Marshall, 1994).

### **El cambio conductual**

Es un proceso dinámico en el que implica crecer, desarrollarse y adaptarse. Es frecuente que el cambio tarde en ser aceptado, sobre todo si las actitudes de las personas no encajan en los programas de cambio conductual (Kozier, 1999).

El cambio conductual consiste en modificar una conducta acostumbrada por otra que ofrece mayores beneficios. Es un proceso que se da con el tiempo y para iniciar este proceso, son necesarios las siguientes condiciones: intensión positiva hacia la nueva conducta, un

mínimo de barreras en el cumplimiento de la conducta, suficiente habilidad para llevar a cabo la conducta recomendada, creer que las acciones tendrán resultados positivos y encontrar mensajes que sirvan como recordatorios (Lloyd, 2003).

Los programas de intervención constituyen una clave poderosa para lograr una conducta de salud positiva (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

### **Satisfacción**

La satisfacción es definida por el diccionario: “sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad”

Maslow (1991) explica que el ser humano raramente alcanza un grado de satisfacción completa, excepto en breves periodos de tiempo. Tan pronto se satisface un deseo, aparece otro en su lugar. Cuando este se satisface, otro nuevo se sitúa en primer plano y así sucesivamente. Es propio del ser humano estar deseando algo, prácticamente siempre y a lo largo de toda su vida. Comenta que hay dos hechos importantes: primero, el ser humano nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa; segundo, esas necesidades parecen ordenarse en una especie de jerarquía de predominio.

#### *El bienestar visto como la satisfacción con la vida:*

Andrewus y Withey (1976) asumieron que la evaluación de la calidad de vida de una persona involucra tanto una evaluación cognitiva como un grado de sentimiento positivo y negativo.

Allardt (1976) ha propuesto que el bienestar depende de la satisfacción de tres categorías de necesidades humanas: el tener, el relacionarse (amor y amistad), y el ser (autorrealización). La primera de estas se enfoca en la posesión de cosas materiales. La segunda, el relacionarse, se da únicamente por el afecto, en las relaciones de apoyo del esposo o de la pareja, de la familia y de los amigos. Finalmente, la necesidad de ser o de autorrealización



puede cumplirse por las acciones del individuo, a través de la adquisición y el ejercicio de rasgos valiosos y de habilidades. Por todo esto, se critica que el bienestar en los estudios realizados entre países tienda a reducirse a los indicadores materiales o económicos.

En suma, la satisfacción con la vida incluye apreciaciones mentales sobre estados socioemocionales y psicológicos y no reposa únicamente en la mera satisfacción de necesidades básicas. La satisfacción con la vida, en tanto estado mental, supondría, en el mejor de los casos (Revista científica Guillermo de Ockham. Vol. 3 No. 1, 2005).

### **Marco conceptual**

*Calor.* Es una forma de energía que los cuerpos almacenan, también conocida como energía interna y se produce por el metabolismo del cuerpo, su función es mantener activos los procesos biológicos.

*Calostro.* Primera producción de leche materna de una mamada con características específicas, para las necesidades del neonato prematuro para aporte de nitrógeno e inmunoglobulinas.

*Complicaciones.* Agravamiento de una enfermedad con una patología intercurrente de aparición espontánea relacionada directamente con el diagnóstico o tratamiento.

*Contacto piel a piel.* Contacto de la piel de tórax y abdomen del neonato prematuro con la piel del pecho de la madre, se logra con la típica posición canguro, permite que la madre proporcione a su hijo amor, calor, estimulación neurosensorial, protección, seguridad y vínculo afectivo.

*Edad gestacional.* Tiempo de duración del embarazo comprendido entre el último periodo menstrual y el nacimiento.

*Estimulación neurosensorial.* Actividades específicas programadas para lograr acelerar la maduración del cerebro y el sistema nervioso central del neonato prematuro en

las áreas fisiológica, motora, nivel de conciencia, nivel de atención y sistema de autorregulación.

*Hipotermia.* Temperatura corporal del neonato menor de 36,5 °C.

*Lactancia materna exclusiva.* Aporte de nutrientes digeribles por órganos digestivos inmaduros y componentes inmunológicos, requeridos por un neonato prematuro únicamente con la leche de su propia madre.

*Leche final.* Leche materna obtenida luego de eliminar o extraer la leche producida por el seno, contiene grasas y densidad calórica más alta que el calostro.

*Método de alimentación alternativo.* Alimentación con leche extraída del seno materno usando sonda nasogástrica, taza, cuchara o jeringa.

*Morbilidad neonatal.* Número de recién nacidos enfermos o víctimas de una enfermedad, antes de los 28 días de edad por cada 1,000 nacidos vivos en un año determinado.

*Mortalidad neonatal.* Número de recién nacidos que mueren antes de los 28 días de edad por cada 1,000 nacidos vivos en un año determinado.

*Programa Mamá Canguro (PMC).* Conjunto de actividades realizadas por una madre capacitada, para brindar los cuidados requeridos por un neonato prematuro y/o de bajo peso al nacer, hasta lograr la madurez de sus órganos y/o alcanzar un peso adecuado que asegure su supervivencia y brinde calidad de vida libre de secuelas neuropsicológicas crónicas, en un ambiente especialmente acondicionado. Se fundamenta en el contacto piel a piel entre madre-hijo (posición canguro), lactancia materna, calor y estimulación neurosensorial.

*Recién nacido a término.* Neonato nacido entre la 37ª y la 42ª semana de edad gestacional.

*Recién nacido con bajo peso al nacer.* Neonato con peso al nacer menor de 2,500 gramos independiente de su edad gestacional.

*Recién nacido con peso extremadamente bajo.* Neonato con peso al nacer menor de 1,000 gramos.

*Recién nacido con peso muy bajo.* Neonato con peso al nacer menor de 1,500 gramos.

*Recién nacido extremadamente pretérmino.* Neonato nacido con <28 semanas, con peso menor o igual a 1,000 gramos.

*Recién nacido muy pretérmino.* Neonato nacido entre las 28 semanas a 31 con 6/7 días, con peso al nacer menor de 1,500 gramos.

*Recién nacido prematuro o pretérmino.* Neonato nacido antes de la 37<sup>a</sup> semana de edad gestacional.

*Recién nacido pretérmino moderado a tardío.* Neonato nacido entre la semana 32 a 36 semanas con 6/7 días, con peso al nacer entre 1,500 y 2,500 gramos.

### CAPÍTULO III

#### MÉTODOLOGÍA

##### **Tipo de investigación**

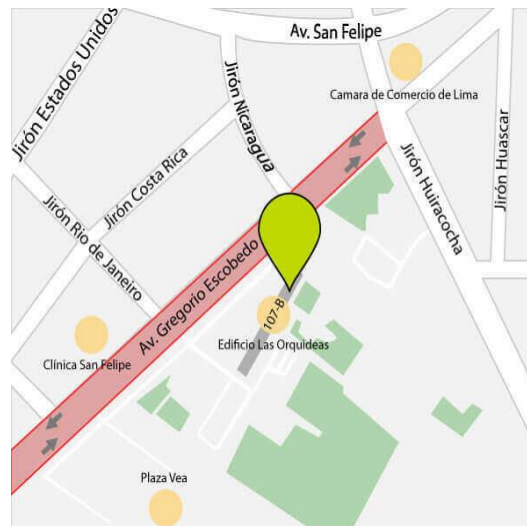
La investigación es de tipo experimental, porque con el grupo muestral, madres de los prematuros se desarrolló el proceso de enseñanza-aprendizaje personalizado con empleo de módulos, charlas y talleres. (Sánchez, 1987).

##### **Diseño de investigación**

Según el diseño, el presente estudio es de carácter pre-experimental, porque se aplicó un pretest y posttest, a la población muestral, para medir las diferencias significativas entre ellas y tienen un grado de control mínimo (Hernández, 2010).

##### **Descripción del área geográfica de estudio**

El estudio se llevó a cabo en el servicio de sala de bebés- UCIN de la Clínica San Felipe, ubicada en la Av. Gregorio Escobedo 650, en el distrito de Jesús María del departamento de Lima.



### **Población y muestra**

La población del estudio estuvo conformada por todas las madres de neonatos pretérminos y/o bajo peso al nacer que serán atendidas en la Clínica San Felipe entre diciembre del 2017 a marzo del 2018. La muestra fue censal (ingresará toda la población). Se estima, según datos de la Clínica San Felipe, estuvo conformada por 15 casos (número de casos atendidos en el 2016 para el mismo periodo).

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 10 madres (las que aceptaron el consentimiento informado) como muestra final.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión:**

- Madres de un neonato prematuro y/o con bajo peso al nacer.
- Madres que aceptaron participar del Programa Mamá Canguro y firmaron el consentimiento informado.
- Madres de cualquier edad.

#### **Criterios de exclusión:**

- Madres de neonatos prematuros con malformaciones congénitas o

enfermedades incompatibles con la vida.

- Madres de neonatos prematuros con limitaciones para aprender el método madre canguro (retraso mental, trastorno psiquiátrico, depresión postparto).
- Madres de neonatos prematuros que pierdan interés para aprender y desarrollar los cuidados del método madre canguro.
- Madres que abandonaron el PMC.

### **Consideraciones éticas**

Se consideró los principios éticos de la investigación en seres humanos del Código de Helsinki, se solicitó la firma del consentimiento informado, luego de brindar información sobre los objetivos, procedimientos a realizar y beneficios que otorgará la investigación al binomio madre-neonato que participarán del mismo. Se garantizará la anonimidad de las fuentes y el uso exclusivo de la información, para los fines de la investigación. No se tiene conflicto de intereses particulares ni de grupo.

### **Definición y operacionalización de las variables**

#### **Variable independiente:**

Programa “Mamá Canguro”

Es el conjunto de acciones educativas y motivacionales, destinadas a lograr la modificación de conductas inadecuadas.

#### **Variable dependiente:**

Nivel de conocimientos de la madre usuaria del PMC.

Prácticas de la madre usuaria del PMC.

Grado de Satisfacción de la madre usuaria del PMC

## **Operacionalización de variables**

### **Nivel de conocimientos de la madre usuaria del PMC.**

**Definición conceptual.** Es el nivel de aprendizaje teórico alcanzado por las madres acerca de las actividades del PMC, sobre el cuidado neonatal, mediante los procesos cognitivos: percepción, memoria, experiencia, razonamiento, enseñanza-aprendizaje y que, según el nivel alcanzado, pueda orientar su existencia plasmada en el ejercicio de su rol y aprender a dominar su nueva realidad.

#### **Definición operacional**

*Dimensiones: Conocimiento Pretest y Postest*

- Desconoce sobre la técnica de mamá canguro.
- Conoce sobre la técnica de mamá canguro.

### **Prácticas de la madre usuaria del PMC**

**Definición conceptual.** Es el comportamiento manifestado en prácticas positivas y negativas de las madres usuarias del PMC, sobre el cuidado neonatal; observado por la misma investigadora en una secuencia de días.

#### **Definición operacional.**

*Dimensiones: Prácticas Pretest y Postest*

- Malas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.
- Buenas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.

### **Grado de satisfacción de la madre usuaria del PMC**

**Definición conceptual.** Relación diferencial entre las expectativas y percepciones sobre la atención recibida por la madre de un neonato prematuro y/o con BPN ingresada al PMC.

#### **Definición operacional**

*Dimensiones: Satisfacción Pretest y Postest*

-Insatisfecho en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.

-Satisfecho en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.

<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Definición Operacional o Indicadores</b>	<b>Definición Instrumental</b>
Variable independiente: <b>Programa “Mamá canguro”</b>	Es el conjunto de acciones educativas y motivacionales, destinadas a lograr la modificación de conductas inadecuadas.	Programa educativo		Programa elaborado por la autora
Variables dependientes: <b>Conocimientos</b>	Es el nivel de aprendizaje teórico alcanzado por las madres acerca de las actividades del PMC, sobre el cuidado neonatal.	-Desconoce sobre la técnica de Mamá canguro.  -Conoce sobre la técnica de Mamá canguro.		Cuestionario de conocimientos (14 preguntas)
<b>Prácticas</b>	Es el comportamiento manifestado en prácticas positivas y negativas de las madres usuarias del PMC, sobre el cuidado neonatal.	-Malas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.  -Buenas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.		Lista de chequeo de prácticas (13 actividades)
<b>Grado de satisfacción.</b>	Relación diferencial entre las expectativas y percepciones sobre la	-Insatisfecho en el desarrollo de la técnica de Mamá		Cuestionario de satisfacción (10 preguntas)



	atención recibida por la madre de un neonato prematuro y/o con BPN ingresada al PMC.	canguro. -Satisfecho en el desarrollo de la técnica de Mamá canguro.		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## Validación de los Instrumentos de recolección de datos

### Cuestionarios

El nivel de conocimientos de las madres canguro se midió con un cuestionario de 14 ítems de selección múltiple, usado en un proyecto para tesis de título profesional en la Universidad Privada Antenor Orrego, elaborado por las enfermeras: Juliana Prado Dioses y Soledad Soriano Vega, 2014, encontrándose de libre acceso en internet. Fue validado por Jueces de experto y prueba piloto con prueba de fiabilidad obteniéndose una Alfa de Cronbach de 0,719.

Las prácticas de las madres canguro se midió con una lista de chequeo elaborado por la autora del estudio, quien constó de 13 actividades que fueron evaluadas por la investigadora hasta el alta médica. Se validó mediante juicio de expertos y prueba piloto, con un promedio del 95%. Se aplicó la prueba de fiabilidad, obteniéndose una alfa de Cronbach de 0,808, conforme puede observarse en la tabla.

Para medir el grado de satisfacción de la madre usuaria del PMC, se usó el cuestionario elaborado por la autora del estudio que evalúa 10 actividades. Se validó con juicio de expertos y prueba piloto, con un promedio del 95%. Se aplicó la prueba de fiabilidad obteniéndose una alfa de Cronbach de 0,784, conforme puede apreciarse en la tabla.

TEST	VALOR DE ALPHA DE CRONBACH	NÚMERO DE CASOS	NÚMERO DE ÍTEMS
Lista de chequeo de prácticas	0,808	10	13
Cuestionario de satisfacción	0,784	10	10

### **Procedimiento para la recolección de datos**

Se obtuvo el permiso de la Clínica San Felipe, otorgada por el área de calidad y gestión de riesgos, por la Coordinadora Médica.

Se realizó la validación de los instrumentos por juicio de expertos de la lista de chequeo de las Prácticas y el Cuestionario de Satisfacción de las madres usuarias del PMC por tres médicos pediatras, un estadista y una Mg. en enfermería.

Se realizó la capacitación individualizada a cada madre que ingresó al PMC desde el segundo o tercer día, post nacimiento del bebé hasta el alta del neonato, se respetó el primer día, porque manifestaban dolor. Las capacitaciones fueron ejecutadas por la propia investigadora.

En primera instancia se obtuvo la firma del consentimiento informado de las madres usuarias para ingresar al PMC y al estudio. Se realizó el pre-test al momento de aceptar formar parte del estudio, luego recibieron las capacitaciones personalizadas sobre los cuidados neonatales y las características del PMC; y finalmente, prontos al momento del alta se realizó el post-test, el cuestionario de satisfacción y la lista de chequeo de prácticas. La autora del estudio verificó que todos los ítems estén respondidos correctamente y resolvió las dudas de las pacientes. Luego estos cuestionarios fueron calificados. Los cuidados y prácticas realizadas por la madre canguro fue observado por la autora del estudio secuencialmente.

La información obtenida será procesada en medios informáticos.

### **Plan de tabulación y análisis de datos**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo en el programa estadístico SPSS.21. Se presentaron los datos en tablas y gráficos con distribución porcentual en caso de ser variable categórica y con las medidas de tendencia central (media y desviación estándar) en las variables numéricas.

Se calificó cada cuestionario según la codificación correspondiente, así se tendrán puntuaciones globales de cada madre encuestada. Se evaluaron la normalidad de la distribución de las puntuaciones obtenidas en todas las encuestadas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se hizo uso del estadístico para muestras con datos paramétricos t students para grupos relacionados verificando las diferencias de medias antes y después del programa.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### Resultados descriptivos de la investigación

**Tabla 1.** *Edad en años de las madres participantes del programa “mamá canguro”.*

N	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
menos de 20	2	16,7	20,0	20,0
De 20 a 30 años	4	33,3	40,0	60,0
más de 30 años	4	33,3	40,0	100,0
Total	10	83,3	100,0	
Sistema	2	16,7		
Total	12	100,0		

En la presente tabla se observa que el 16,7 % de las madres es menor de 20 años, el 33,3% de las madres tiene entre 20 y 30 años de edad y de igual manera el 33,3% de las madres tiene más de 30 años. Se concluye que la gran mayoría de madres que se acogen a este programa son mayores de 20 años.

**Tabla 2.** *Estado civil de las madres participantes del programa “mamá canguro”.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
madre soltera	1	8,3	10,0	10,0
casada	6	50,0	60,0	70,0
separada o divorciada	3	25,0	30,0	100,0
Total	10	83,3	100,0	
Sistema	2	16,7		
Total	12	100,0		

En la presente tabla se observa que el 8,3 % de las madres de este programa son solteras, el 50,0% de las madres de este programa son casadas y el 25,0% de las madres de este programa son separadas o divorciadas. Se concluye que la gran mayoría de madres que se acogen a este programa son casadas.

**Tabla 3.** *Tiempo de estancia hospitalaria del recién nacido*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
una semana o menos	7	58,3	70,0	70,0
Más de una semana	3	25,0	30,0	100,0
Total	10	83,3	100,0	
Sistema	2	16,7		
Total	12	100,0		

En la presente tabla se observa que el 58,3 % de los recién nacidos de este programa estuvo internado una semana o menos, el 25,0% de los recién nacidos de este programa estuvo internado más de una semana. Se concluye que la mayoría de recién nacidos de este programa estuvo internada por lo menos una semana.

### **Resultados descriptivos por niveles de las variables**

En la Tabla N°4, se observa que el 80 por ciento de los participantes antes del programa desconocen sobre la técnica de Mama Canguro, y un 20 por ciento si conocen sobre la técnica de mamá canguro. Sin embargo, se observa que solo el 40 por ciento de los participantes después del programa desconocen sobre la técnica de Mama Canguro, y un 60 por ciento conoce sobre la técnica de mamá canguro, lo que evidencia que el programa fue efectivo en la mejora de los conocimientos.

**Tabla 4.** *Conocimientos Pretest y Postest.*

	Pretest		Postest	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce sobre la técnica de Mamá Canguro	8	80,0	4	40,0
Conoce sobre la técnica de Mamá Canguro	2	20,0	6	60,0
Total	10	100,0	10	100,0

En la Tabla N°5, se observa que el 80 por ciento de los participantes antes del programa realizan malas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro, y un 20 por ciento realizan buenas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro. Asimismo, se observa que el 30 por ciento de los participantes después del programa realizan malas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro, y un 70 por ciento realizan buenas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro. Lo que evidencia que el programa fue efectivo en la mejora de las prácticas.

**Tabla 5.** *Prácticas Pretest y Postest.*

	Pretest		Postest	
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje
Malas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro	8	80,0	30,0	30,0
Buenas prácticas en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro	2	20,0	70,0	70,0
Total	10	100,0	100,0	100,0

### Satisfacción Pretest y Postest

En la Tabla N°6, se observa que el 70 por ciento de los participantes antes del programa están Insatisfechos con el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro, y un 30 por

ciento están satisfechos en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro. Se observa que el 30 por ciento de los participantes antes del programa están Insatisfechos en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro, y un 70 por ciento están satisfechos en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro. Lo que hace evidente que el programa fue efectivo en la satisfacción de los participantes.

**Tabla 6.** *Satisfacción Pretest y Posttest.*

	Pretest		Posttest	
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Insatisfecho en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro	7	70,0	30,0	70,0
Satisfecho en el desarrollo de la técnica de Mamá Canguro	3	30,0	70,0	30,0
Total	10	100,0	100,0	100,0

### Resultados de correlaciones e índices de fiabilidad

Correlaciones “r” de Pearson e índice de fiabilidad “ $\alpha$ ” de Cronbach de las dimensiones de las Variables dependientes: Conocimientos, Prácticas y Grado de satisfacción.

**Tabla 7.** *Correlaciones “r” de Pearson e índice de fiabilidad.*

Dimensiones	“r” de Pearson	Estadístico de fiabilidad: Alfa de Cronbach “ $\alpha$ ”
Conocimientos	0,436	0,735
Prácticas	0,466	0,808
Grado de Satisfacción	0,372	0,784

Con respecto a los coeficientes de correlación de Pearson, los valores para conocimientos y prácticas nos indican que la correlación es regular, mientras que para el grado de satisfacción asume valores que estarían concordando con la actitud de la madre canguro influenciada por una serie de factores ya sean físicos, psicológicos o sociales.

Según los valores obtenidos para las alfas se puede afirmar significativamente (estadísticamente) que la estabilidad o consistencia de las puntuaciones. Tiene tendencia a la máxima estabilidad, lo que debe interpretarse que la puntuación de los test es altamente fiable. Por otro lado, los altos valores del Cronbach para las tres dimensiones nos están indicando que efectivamente miden lo que se quiere medir.



		Valores estadísticos resultantes en el pretest de prácticas	Valores estadísticos resultantes para el posttest de prácticas	Valores estadísticos resultantes para el pretest de la dimensión satisfacción	Valores estadísticos resultantes del posttest de la dimensión satisfacción	Valores estadísticos resultantes en el posttest de conocimientos	Valores estadísticos resultantes para el pretest de conocimientos
N		10	10	10	10	10	10
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	4,1000	9,2000	3,4000	6,9000	9,9000	4,6000
	Desviación típica	3,31495	3,29309	1,57762	2,72641	3,03498	1,64655
Diferencias más extremas	Absoluta	,212	,176	,300	,215	,113	,204
	Positiva	,212	,124	,300	,128	,101	,204
	Negativa	-,108	-,176	-,200	-,215	-,113	-,158
Z de Kolmogorov-Smirnov		,671	,556	,949	,679	,358	,645
Sig. asintót. (bilateral)		,760	,917	,329	,746	1,000	,799

**Tabla 8.** Prueba de normalidad. Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

**Tabla 9.** *Prueba de muestras relacionadas.*

		Diferencias relacionadas							
				Error típ. de la	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
		Media	Desviación típ.	media	Inferior	Superior	t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Valores estadísticos resultantes para el primer par pretest - postest de conocimientos.	-5,30000	2,75076	,86987	-7,26777	-3,33223	-6,093	9	,000
Par 2	Valores estadísticos resultantes para el segundo par pretest – postest de prácticas.	-5,10000	3,41402	1,07961	-7,54225	-2,65775	-4,724	9	,001
Par 3	Valores estadísticos resultantes para el tercer par pretest – postest de satisfacción.	-3,50000	2,59272	,81989	-5,35472	-1,64528	-4,269	9	,002

### Descripción del resultado:

En el pre test de conocimientos se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 0,799  $> \alpha = 0,05$  entonces se acepta la  $H_0$ .  $H_0$  afirma que no existe deformaciones o sesgamientos de la distribución normal.

En el pos test de conocimientos se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 1,000  $> \alpha = 0,05$  entonces se acepta la  $H_0$ .  $H_0$  afirma que no existe deformaciones o sesgamientos de la distribución normal. En el pre test de prácticas se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 0,760  $> \alpha = 0,05$  entonces se acepta la  $H_0$ .  $H_0$  afirma que no existe deformaciones o sesgamientos de la distribución normal.

En el pos test de prácticas se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 0,917  $> \alpha = 0,05$  entonces se acepta la  $H_0$ .  $H_0$  afirma que no existe deformaciones o sesgamientos de la distribución normal. En el pre test de satisfacción se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 0,329  $> \alpha = 0,05$  entonces se acepta la  $H_0$ .  $H_0$  afirma que no existe deformaciones o sesgamientos de la distribución normal.

En el post test de conocimientos se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 0,746  $> \alpha = 0,05$  entonces se acepta la  $H_0$ .  $H_0$  afirma que no existe deformaciones o sesgamientos de la distribución normal.

Se demuestra estadísticamente que la media del post test de conocimientos 9,900 es mayor que la media del pre test de conocimientos 4,600. Se demuestra estadísticamente que la media del post test de prácticas 9,200 es mayor que la media del pre test de prácticas 4,100. Se demuestra estadísticamente que la media del post test de satisfacción 6,900 es mayor que la media del pre test de satisfacción 3,400.

## Conclusión

Las madres que participaron en el Programa Mamá Canguro asimilaron favorablemente las bondades del programa y eso se refleja en los más altos puntajes que obtienen en el posttest en **Conocimientos** (pretest 4,600 y posttest 9,900), con los temas sobre beneficios del contacto, extracción y conservación de la leche materna, beneficios de la lactancia materna exclusiva, **Prácticas** (pretest 4,100 y posttest 9,200) mediante los talleres teórico/práctico mamá y bebé en técnicas de amamantamiento, y **Satisfacción** (pretest 3,400 y posttest 6,900) en los beneficios del contacto y beneficios de la lactancia materna directa en el bebé.

## Descripción del resultado

Basándonos sobre los resultados de la tabla N°8 y considerando las hipótesis nulas para cada uno de los tres pares, se concluye lo siguiente:

Como la Hipótesis nula **H<sub>0</sub>** afirma que no hay diferencia alguna entre las medias del pretest y del posttest para la dimensión conocimientos del programa madre canguro; pero como el sig (bilateral) es menor que el alfa ( $\alpha = 0,05$ ) entonces se rechaza la **H<sub>0</sub>**, es decir, SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS (estadísticas) ENTRE AMBAS MEDIAS.

Como la Hipótesis nula **H<sub>0</sub>** afirma que no hay diferencia alguna entre las medias del pretest y del posttest para la dimensión prácticas del programa madre canguro, pero como el sig (bilateral) es menor que el alfa ( $\alpha = 0,05$ ) entonces se rechaza la **H<sub>0</sub>**, es decir, SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS (estadísticas) ENTRE AMBAS MEDIAS.

Como la Hipótesis nula **H<sub>0</sub>** afirma que no hay diferencia alguna entre las medias del pretest y del posttest para la dimensión satisfacción del programa madre canguro, pero como el sig (bilateral) es menor que el alfa ( $\alpha = 0,05$ ) entonces se rechaza la **H<sub>0</sub>**, es decir, SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS (estadísticas) ENTRE AMBAS MEDIAS.

### **Conclusión**

Según el resultado de la Prueba de Muestras Relacionadas, se acepta la hipótesis alterna; es decir, SI EXISTE DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS en las tres dimensiones: Conocimientos, Prácticas y Satisfacción. Concluyendo que el “Programa Mamá Canguro”, sí fue efectivo en los **Conocimientos con el  $P < 0,000$**  así mismo en las **Prácticas con un  $P < 0,001$  y en Satisfacción con un  $P < 0,002$**  en las madres usuarias.

### **Discusión de los resultados**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” en los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una clínica particular de Lima, 2018, hallándose que existe una diferencia significativa entre el pretest y el posttest de conocimientos, prácticas y satisfacción.

En cuanto a la **Variable Conocimiento** vemos un resultado significativo de 0,000, lo cual indica que el programa fue efectivo; es decir, las madres, antes del programa, tenían un conocimiento bajo sobre hacer mamá canguro y luego de haberseles capacitado las madres asimilaron lo enseñado.

Dichos resultados son similares a lo encontrado por **Araque, Ariza y Valderrama (2013)** en su estudio *Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: Madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia*. Valoraron los resultados de una intervención educativa realizada, para mejorar los conocimientos y capacidades de 10 madres en el cuidado que deben realizar a los neonatos prematuros en el hogar. Concluyeron que cualquier estrategia de intervención educativa debe considerar los factores culturales que cada madre tiene, debiendo ser un diseño flexible, con recursos humanos para realizar capacitaciones individualizadas, monitoreo y *evaluación de la familia*, porque estos afianzan la pérdida de temores, brindan apoyo emocional y mano de obra, disipan dudas y facilitan el aprendizaje de las actividades que se desarrollan en un PMC.

Frente a lo referido, Valderrama se consideró el factor cultural de las madres fue fundamental para iniciar el PMC, respecto al tema de lactancia materna exclusiva versus el uso del biberón. Otro aspecto que se consideró en nuestro programa al igual que Valderrama, fue optar un diseño flexible e individualizado, porque cada madre presenta aspectos físicos y emocionales diferentes, también hubo capacitación individualizada con monitoreo y evaluación.

Así mismo, lo mencionan **Bosiga, Guzmán y Ruíz (2010)**, en su tesis *Implementación del programa Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal MEINTEGRAL LTDA. Ubicada en el Hospital Regional del Líbano Tolima*, cuyo objetivo fue implementar un PMC, realizaron un diseño semi-experimental pretest y posttest con capacitación intermedia al personal de salud y a la madre-padre. Los conocimientos de los padres fueron evaluados; según el pretest, los padres demostraron déficit de conocimientos sobre las actividades del PMC, desconocían los signos de alarma, desconocían los beneficios de la lactancia materna

para la madre y el recién nacido, así como total desconocimiento de la técnica para extracción manual de la leche materna. Luego realizaron una intervención educativa sobre lactancia materna y en el posttest se obtuvieron niveles altos en el conocimiento de los padres del PMC. **Concluyen** que el PMC permite reforzar los lazos afectivos entre padres-recién nacido, permite el egreso hospitalario temprano del recién nacido con una ganancia de peso promedio de 15 g/día, se asocia a menor riesgo de reingreso.

Frente a lo referido de Bosiga, Guzmán y Ruíz, ellas también obtuvieron en los resultados del pretest, un puntaje muy bajo frente a los resultados del posttest que obtuvieron resultados superiores, después de haber concientizado y capacitado a los padres sobre signos de alarma en el bebé, beneficios de la lactancia materna tanto para la madre y para el bebé y sobre la técnica de extracción de leche materna; temas que también se consideraron en el presente programa, demostrando así la evidencia del empoderamiento del conocimiento técnico científico al nuevo grupo familiar.

Otro estudio sobre Conocimientos y actitud de las madres acerca del método madre canguro en el Servicio de Intermedios Neonatal en el Hospital Alberto Sabogal 2012, por Espejo, lo demuestra

En cuanto a la **Variable Práctica**, vemos un resultado significativo de 0,001, indica que el Programa fue efectivo; es decir, las madres antes de llevar los talleres de práctica, no se atrevían a cargar a sus propios bebés producto del temor o miedo de causarles daño; después de realizar las prácticas: posición canguro, técnicas de amamantamiento y extracción de leche materna, identificación de signos de alarma, reflejaron un alto rendimiento.

Dichos resultados son similares a los encontrados por **Araque, Ariza y Valderrama (2013)** en su estudio *Estrategia educativa para el cuidado domiciliario*

*de los bebés prematuros: Madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia.* valoraron los resultados de una intervención educativa realizada para mejorar los conocimientos y capacidades de 10 madres, con demostraciones, prácticas, talleres e intervenciones individualizadas con acompañamiento y detección de falta de conocimientos sobre contacto piel a piel, posición canguro, lactancia materna, alimentación y oxigenación adecuada del recién nacido, valoración de temperatura y respiración, así como la identificación de signos de alarma. Concluyeron que cualquier estrategia de intervención educativa debe considerar los factores culturales que cada madre tiene, debiendo ser un diseño flexible, con recursos humanos para realizar capacitaciones individualizadas, monitoreo y evaluación de la familia, porque estos afianzan la pérdida de temores, brindan apoyo emocional y mano de obra, disipan dudas y facilitan el aprendizaje de las actividades que se desarrollan en un PMC.

Otros estudios revisados refieren que el hecho de permanecer en la clínica con sus bebés participando activamente en su cuidado a través del PMC permite a los padres resolver sus dudas, practicar en el cuidado de su bebé prematuro y aumentar su confianza y seguridad, añadido a esto cinco artículos coinciden en señalar que el vínculo materno-filial se ve fortalecido gracias al PMC, esto es apreciable en las respuestas de la lista de chequeo y cuestionario de satisfacción.

En cuanto a la **Variable Satisfacción** vemos un resultado significativo de 0,002, lo cual indica que también el PMC fue efectivo, ya que nunca antes se comparó la satisfacción que manifestaban las madres al realizar “mamá canguro” mucho más antes y después de un programa.

Dichos resultados son similares a los encontrados por **Corpus (2015)**, en su estudio titulado *Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal*



***de enfermería en un Programa Madre Canguro***, a través de una investigación con diseño cuali-cuantitativo de diseño descriptivo y transversal para conocer el nivel de satisfacción de las madres usuarias de un PMC. Realizó una encuesta con el cuestionario adaptado del *Picker's Pediatric Acute Care* y una entrevista semiestructurada para conocer las percepciones de las usuarias. Ingresaron 30 mamás canguro, las que presentaron un nivel de satisfacción global de 87,7% siendo la dimensión continuidad del cuidado (en el hogar) el de menor puntuación (74,3% de satisfacción). En la parte cualitativa, entrevistó a 14 mamás canguro, quienes señalaron que era una experiencia nueva, les permitía reconocer sus sentimientos, conocer los beneficios para el binomio madre-hijo, ser capacitadas para el cuidado de su hijo y permitía la inclusión familiar. Concluye que el PMC ofrece oportunidades para mejorar la calidad con sistematización de programas de capacitación en las madres usuarias y cambio de políticas de la institución para humanizar el cuidado de los prematuros.

Sobre lo referido, Corpus obtuvo un 87,7% de satisfacción global de las madres usuarias en el “programa mamá canguro”, al igual que en el presente estudio se obtuvo según la Prueba de Kolmogorov- Smirnov, se demuestra estadísticamente que la media del post test de satisfacción 6,900 es mayor que la media del pre test de satisfacción 3,400. Por lo que se reafirma que mediante los conocimientos adquiridos llevado a la práctica produce una gran satisfacción.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

Se concluye que el Programa mamá canguro sí fue efectivo en los **Conocimientos con el  $p < 0,000$** ; así mismo, en las **Prácticas con un  $p < 0,001$**  y en **Satisfacción con un  $p < 0,002$**  en las madres usuarias.

Las madres que participaron en el Programa mamá canguro asimilaron favorablemente las bondades del programa, eso se refleja en los más altos puntajes que obtienen en el Postest de **Conocimientos** (pretest 4,600 y postest 9,900) con los temas sobre beneficios del contacto, extracción y conservación de la leche materna, beneficios de la lactancia materna exclusiva; **Prácticas** (pretest 4,100 y postest 9,200) mediante los talleres teórico/práctico mamá y bebé en técnicas de amamantamiento y **Satisfacción** (pretest 3,400 y postest 6,900) en los beneficios del contacto y lactancia materna directa en el bebé.

Se concluye con el postest de Conocimiento que las madres usuarias conocen la técnica mamá canguro 60%, lo que evidencia que el programa mamá canguro fue efectivo en la mejora de los conocimientos.

Se concluye con el postest de Prácticas que las madres usuarias presentaron buenas prácticas en la técnica mamá canguro 70%, lo que evidencia que el programa mamá canguro fue efectivo en la mejora de las prácticas.

Se concluye con el posttest de Satisfacción en el desarrollo de la técnica mamá canguro 70%, lo que evidencia que el programa mamá canguro fue efectivo en la satisfacción de las participantes.

## **Recomendaciones**

Se recomienda la implementación del Programa Mamá Canguro en las diferentes instituciones privadas u hospitales, adecuado a la realidad de cada establecimiento de salud, de nuestra capital y, por qué no decirlo, a nivel nacional, porque los programas educativos que integran las actividades del aprendizaje no solo denotan la adquisición de conocimientos; sino también la modificación de las actitudes que, por ende, traerá beneficios para los bebés, las madres y padres, la familia y dichas instituciones. A respecto, se debe considerar lo siguiente: a) una capacitación al personal de enfermería ya que tienen mayor tiempo contacto con las madres y el bebé, b) explicar a los padres en que consiste el programa ya sea beneficios o signos de alarma a considerar claramente, c) tener en cuenta la necesidad de adaptación de las instalaciones ya sea en la unidad de cuidados intensivos y alojamiento conjunto, para facilitar la realización del PMC, para los respectivos talleres demostrativos, obteniendo así una completa satisfacción tanto del equipo profesional, las madres y la institución.

Facilitar un manual para padres prematuros con temas evidencia científica; con el objetivo de continuar el programa en casa y ellos a su vez ser informantes o portavoces a otros padres con situaciones o realidades similares.

Realizar a corto plazo un nuevo Programa de seguimiento a bebés prematuros, constituido por el departamento de enfermería de la clínica en mención u otra institución de salud privada, con el propósito de continuar fortaleciendo los conocimientos, práctica y satisfacción familiar y comunitaria.

Continuar con las investigaciones sobre el Método Canguro, para conocer más acerca de su relación con casos de episodios aparentemente letal, para el neonato y otros posibles riesgos asociados que pudieran ser desconocidos aún. A pesar del

efecto positivo que pueda tener el “Programa mamá canguro” sobre la madre y el recién nacido, no está justificada su instauración sin ser completamente consciente de sus riesgos.

## REFERENCIAS

- Acosta D.R, Pina B.CE, Acosta G.LR. (2003). Método piel a piel: e valuación clínica-humoral durante el primer año de edad corregida. *Revista Cubana de Pediatría*; 75(3): 71- 78
- Aliaga C.M. (2010). Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materno-infantil en madres de 15 a 19 y de 25 a 29 años. *Instituto Nacional de Estadísticas e Informática INEI - Centro de investigación y desarrollo CIDE*. Lima, Perú.
- Araque S.S, Ariza R.NE, Valderrama S.ML. (2013). Estrategia educativa para el cuidado domiciliario de los bebes prematuros: Madres usuarias del programa madre canguro de Tunja, Colombia. *Revista Cuidarte*; 4(1): 467-74.
- Arivabene JC, Rubio T.MA. (2010). Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, (Internet). 18(2): 7-12 (citado 12 de agosto del 2017). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/es_18.pdf)
- Ávila V.MJ, Tavera S.M, Carrasco G.M. (2013). Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011-2012. Lima, Primera Edición. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología.
- Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo J.H, Rubens C, Menon R, Van Look P.FA. (2010). Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. *Boletín de la OMS*, (Internet); 88(1): 1-80 (citado 2 de julio del 2017). Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. (2012).

Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Datos de estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la tasa de nacimientos prematuros en el año 2010. (Internet) (citado 20 de agosto del 2017). Disponible en: [www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm\\_birth\\_report/es/index.html](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index.html)

Bosiga H.E, Guzmán A.AC, Ruíz R.J. (2010). Implementación del programa Madre Canguro en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal MEINTEGRAL LTDA. Ubicada en el Hospital Regional del Líbano Tolima. [Tesis para título de especialista en cuidado crítico neonatal, Universidad de La Sabana-Facultad de Enfermería, Bogotá D.C. Colombia.]

Cantero G.A. (2015). Evaluación de la aplicación del Método Madre Canguro en la madre y en el neonato. Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa. País Vasco.

Carbonell OA, Plata SJ, Peña PA, Cristo M, Posada G. (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Revista Javeriana*. 9(3): 849-857.

Ceriani C. (2009). Neonatología práctica. *Editorial Médica Panamericana*. Cuarta edición. Buenos Aires.

Charpak N, Ruiz JB, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z. (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Pediatric* (internet). 95(5):514-522. (citado 12 de agosto del 2017). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2005.tb01930.x/full>

Charpak N. (2010). Bebés canguros. Gedisa, S.A., España.

- Conde A.A, Díaz R.JL, Belizan JM. (2008). Método madre canguro para reducir la morbilidad en neonatos con bajo peso al nacer (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*; (internet), 2 (2): 26-36 (citado 24 de julio del 2017). Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Cong X, Ludington-Hoe SM, McCain M, Fu P. (2009). Kangaroo care modifies preterm infant heart rate variability in response to heel stick pain: pilot study. *Early Hum Dev* (internet). 85(9):561-567. (citado 12 de julio del 2017). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742959/>
- Corpus R.EM. (2015). Satisfacción de las usuarias y nivel de conocimientos del personal de enfermería en un Programa Madre Canguro. [Tesis para grado de Maestra en Administración de la atención de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, Bolivia.]
- Correa J, Fernández J, Rosada R. (2006). Fundamentos en pediatría: Generalidades y Neonatología. *Editorial CIB*. Tercera edición. Medellín-Colombia
- Delgado Q.EF, Reyes P.HR. (2004). Evaluación del método canguro en prematuros menores de 1500 gramos de peso, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el periodo enero 1997-diciembre 1999. [Tesis para título de especialista en pediatría, Unidad de postgrado de la Facultad de Medicina-UNMSM, Lima-Perú.]
- Escobar B.CE. (2015). Evaluación del funcionamiento del programa Madre Canguro y propuesta de fortalecimiento del componente nutricional del programa en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. [Tesis para título de nutricionista, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rafael Landívar, Quetzaltenango, Guatemala.]



- Espejo O.E. (2014). Conocimientos y actitud de las madres acerca del método madre canguro en el Servicio de Intermedios Neonatal en el Hospital Alberto Sabogal 2012. [Tesis para título de especialista en neonatología, Facultad de Medicina-UNMSM, Lima-Perú]
- Estrany C.S, Fernández L.C, Galdeno E.P. (2009). Situación actual del método canguro en España. *Metas Enf* (internet). 12(3):50-54 (citado 23 de agosto del 2017). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3001143>
- Feldman R, Eidelman A. (1998). Intervention programs for premature infants. *Clínicas de Perinatología*; 25:613-626.
- Fernández R.F, Meizoso V.AI, Rodríguez R.LA, Alpizar B.D, Cervantes M.M, Alvarado B.BA. (2012) Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. *Mediciego*; 18(1): 23-29.
- Gallegos M.J, Reyes H.J, Silvan S.CG. (2010) La Unidad Neonatal y la participación de los padres en el cuidado del prematuro. *Perinatología y reproducción humana*. San Luis de Potosí-México; 24(2): 98-108.
- García C.BC. (2015). Edad materna y el número de abortos como factores de riesgo para parto pretérmino en pacientes atendidas en el Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante enero a febrero del año 2015. [Tesis para título de Licenciada en Obstetricia, E.A.P. de Obstetricia, Facultad de Medicina Humana-UNMSM, Lima-Perú]
- Hernández Sampieri, Roberto. 2010. Metodología de la investigación. 5ta. edic. capítulo 7, Pág. 121-123. [www.freelibros.com](http://www.freelibros.com)
- Hernández R.TE. (2014). Actitud de las enfermeras sobre el método madre canguro en el servicio de UCIN de la Clínica Maison de Santé-2012. [Tesis para

especialista en Enfermería en Neonatología. Escuela de post-grado de la Facultad de Medicina Humana-UNMSM. Lima-Perú]

Huamán G.M. (2008). Parto pretérmino: Diagnóstico. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*; 54: 22-23.

Huaroto K, Pauca M, Polo M, Meza J. (2013). Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica. *Revista Panacea*; 3(2): 27-31.

Johnston CC, Filion F, Campbell Yeo M, Goulet C. (2009). Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. *J Perinatol* (Internet). 29:51–56. (citado 12 de julio del 2017). Disponible en: <http://www.nature.com/jp/journal/v29/n1/abs/jp2008113a.html>

Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MG, Lucena de Leite, Scochi A, Silvan CG. (2004). As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; 12(6):890-898.

Kuhn KS, Kuhn MJ. (2011). Kangaroo care for your premature or sick baby. *J Hum Lact* (internet); 27(66): 6-12 (citado 2 de agosto del 2017). Disponible en: <http://jhl.sagepub.com/content/27/1/66.full.pdf>

Lizarazo M.JP, Ospina D.JM, Ariza R.E. (2012) Programa madre canguro: una alternativa sencilla y costo eficaz para la protección de los recién nacidos prematuros o con bajo peso al nacer. *Revista salud pública*. 14(2): 32-45.

Lucchini R.C, Márquez D.F, Uribe T.C. (2012). Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enfermería*. (Internet), Santiago de Chile; 2009-213 (citado el 29 de agosto del 2017). Disponible en:

[http://scielo.isciii.es.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000300007&Ing=es](http://scielo.isciii.es.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&Ing=es)

- Mendoza T.A, Claros B.DI, Mendoza T.L, Arias G.MD, Peñaranda O.C. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*; 81(4): 330-342.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA). (2010). Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil. Dirección General de Promoción de la Salud. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA)-Dirección General de Epidemiología (DGE). (2013) Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011-2012. Lima-Perú.
- Ministerio de Salud del Perú (MINSA)-Oficina General de Tecnologías de la Información (2016). Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Registros en línea. *Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea*. Lima-Perú.
- Ogi S, Fukada M, Takahashi T, Akiyama T, Morichuchi H, Nugent J, et al. (2002). The effects of Kangaroo care on neonatal neurobehavioral organization, infant temperament and development in healthy low-birth-weight infants over the first year of life: The Nagasaki university hospital study. (Internet) *AB INITIO INTERNATIONAL* Winter 2001-2002. (citado 5 de setiembre del 2017) Disponible en: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2002/art1.html>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). Método madre canguro. Guía práctica. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Nota informativa N° 363. (Internet) Ginebra-Suiza

(citado 12 de agosto del 2017). Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016) Nacimientos prematuros. (Internet).

*Boletín de la OMS*. Nota descriptiva N° 365. (citado 5 de marzo 2017).  
 Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>

Ortega L. (2013). Salud materno infantil. Primera edición. Buenos Aires, Argentina.

Parra F. (2013). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período enero 2010 - diciembre 2012. [Tesis para título de médico cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Jorge Basadre Grohmann, Tacna, Perú]

Prado D.JV, Soriano V.SG. (2015) Nivel de conocimiento y actitud de la madre del prematuro hacia el método mamá canguro, Hospital Belén de Trujillo, 2014. [Tesis para optar título de Licenciada en enfermería, Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo-Perú]

Retureta M.SE, Retureta M.ME, León A.O, Rojas A.LM, Alvarez F.M. (2014) Caracterización del parto prematuro en el municipio Ciego de Ávila. *Mediciego*, 2014; 20(1): 34-41

Rey S.E, Martínez G.E. (1979). Manejo racional del niño Prematuro. En: I Curso de Medicina Fetal y Neonatal. Fundación Vivir. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1983: 137-151.

Sánchez Carlesi, Hugo. (1987), Tesis digitales UNMSM Metodología y diseños en la investigación científica.

Sánchez B.J. (2014). Nivel de conocimientos del contacto piel a piel madre niño del profesional de enfermería de los Hospitales de Bagua, 2012. [Tesis para título

de licenciado en enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Perú.]

Sánchez E.M, Merchán PMS. (2012). Estudio retrospectivo del estado refractivo en niños prematuros de tres a cuatro meses de edad corregida, realizado en el programa Madre Canguro Integral, Hospital San Ignacio, Bogotá.

Tessier R, Cristo M.B, Velez S, Giron M, Nadeau L, Figueroa de Calume Z, et al. (2003). Kangaroo mother care: A method for protecting high-risk low-birth-weight and premature infants against developmental delay. *Infant Behavior and Development Journal*, 26: 384-397.

Torres J, Palencia D, Sánchez DM, García J, Rey H, Echandía CA. (2006). Programa madre canguro: primeros resultados de una cohorte de niños seguidos desde la unidad neonatal hasta la semana 40 de edad postconcepcional. *Revista Colombia Médica*; 37(2): 96-101.

UNICEF (2013). Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y a la lactancia. (internet) (citado 3 de agosto del 2017). Disponible en: [www.ihan.es](http://www.ihan.es)

UNICEF, WHO, World Bank, UN Population Levels & Trends (2013) Report Child Mortality.

Urquiza A.R. (2002) El método canguro en el Hospital Nacional Docente Madre Niño (HONADOMANI) “San Bartolomé”. *Paediatrica*. 4(3): 41-46

Valdivia M, Díaz J.J. (2006). La salud materno-infantil en el Perú: Mirando dentro y fuera del sector salud. Lima, Perú.

Valle T.E, Amat G.I. (2011). Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *Revista d'Atenció precoc*. 33: 1-11.

## ANEXO 01: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

### INSTRUCCIONES

Estimada mamá, reciba mis cordiales saludos, agradeciendo de ante mano por su participación y sinceridad en el llenado de este cuestionario. Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X) la respuesta correcta, según crea conveniente. Este cuestionario es anónimo y confidencial; solicito que responda con veracidad y precisión estas preguntas. Muchas gracias.

#### A. DATOS GENERALES EN RELACION A LA MADRE Y EL NIÑO:

Fecha: \_\_\_\_\_

- a) Edad: \_\_\_\_\_
- b) Numero de hijo (s): 1-2 ( ) 3-4 ( ) más de 4 ( )
- c) Procedencia y/o Distrito \_\_\_\_\_
- d) Tiempo de estancia Hospitalaria del bebé: \_\_\_\_\_
- e) Estado civil: \_\_\_\_\_
- f) Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

#### B. DATOS RELACIONADOS AL CONOCIMIENTO:

1) Se considera prematuro, a todo niño nacido:

- a) A los 9 meses de Gestación, con un peso casi siempre menor de 2 kilos, piel sonrosada, llanto fuerte y puede mamar.
- b) Antes de los 8 meses de Gestación, peso casi siempre menos de 2000 kgr, piel arrugada, cuello corto, con poca grasa (de aspecto delgado), llanto débil, no puede mamar.
- c) Antes de los 8 meses de Gestación, peso casi siempre más de 2500 kgr, piel sonrosada, cuello corto, llanto débil, puede mamar.
- d) No sabe

2) La técnica mamá canguro consiste en:

- a) Mantener al prematuro en brazos de la madre, proporcionándole lactancia materna exclusiva, y un acercamiento rápido entre madre-hijo.
- b) Mantener al prematuro en contacto piel a piel sobre el pecho de la madre, proporcionándole lactancia materna, y un acercamiento rápido entre madre-hijo.
- c) Mantener al prematuro desnudo en el pecho de la madre, dándole leche en polvo, y un acercamiento rápido entre la madre-hijo.
- d) No sabe

3) La técnica mamá canguro en el prematuro es importante ¿Por qué?

- a) La madre brinda amor, calor, lactancia materna y estímulo.
- b) Se le permite a la madre extraerse la leche y cargarlo con ayuda de la enfermera.
- c) Se le permite a la madre extraerse la leche, tocarlo y verlo desde la incubadora.
- d) No sabe

4) Las ventajas que ofrece el Método Mamá Canguro hacia el prematuro es:

- a) Contacto piel a piel temprana, continua y prolongada, lactancia materna exclusiva, brinda estimulación, calor y amor.
- b) Permanece más tiempo en el hospital, aumenta el riesgo de enfermarse, contacto piel a piel temprano, continuo y prolongado,
- c) No sabe
- d) Se inicia y termina en el hospital.

5) El objetivo del Método Mamá Canguro.

- a) Favorecer el contacto rápido de madre-hijo, promueve y estimula la lactancia materna, disminuye el riesgo de infección, permite un alta más rápido.
- b) Favorece contacto piel a piel entre madre-hijo, solo se permite lactancia en polvo, aumenta el riesgo a las infecciones.
- c) Permite un alta hospitalaria más larga, favorece el contacto piel a piel entre madre-hijo y promueve la lactancia materna.
- d) No sabe

6) La técnica canguro proporciona Beneficio ¿A quién?

- a) Personal de salud (medico-enfermera).
- b) Al prematuro, a la madre, familia e institución (Hospital).
- c) Solo a recién nacido prematuro y a la madre.
- d) Solo a la madre y a la institución (hospital)
- e) No sabe.

7) Los requisitos que debe tener la madre para ingresar al programa mamá canguro.

- a) Tener compromiso (capacitarse previamente y firmar el consentimiento informado)
- b) Deseos de brindarle a su hijo el contacto piel a piel.
- c) Poseer un buen estado de salud.
- d) Asistir puntualmente al horario establecido.
- e) Todas las anteriores son correctas.

8) Los cuidados que debe tener en cuenta las madres para aplicar la técnica mamá canguro son:

- a) bañarse, colocarse la bata y colocar al bebe abrigado directamente en el pecho, cubrirlo con una colcha y arrullarlo dándole frases de amor.
- b) Colocarse la bata, colocar al bebe desnudo directamente en los brazos, cubrirlo con una colcha, y arrullarlo dándole frases de amor.
- c) Llegar al hospital bañada, colocarse la bata, colocar al bebe desnudo directamente en el pecho, cubrirlo con la abertura de la bata y arrullarlo dándole frases de amor.

d) No sabe.

9) El método mamá canguro, favorece la estimulación temprana porque

- a) Solo facilita el desarrollo cerebral (estimula la inteligencia)
- b) Disminuye su inteligencia
- c) Facilita el desarrollo cerebral e incrementa su inteligencia
- d) No sabe.

10) Señale con una x, la vestimenta que su bebe debe de tener cuando está en posición canguro.



A



B

11) Señale con una x, la posición que su bebe debe de tener cuando está en “posición canguro”.



A

75



B

12) El método mamá canguro favorece un adecuado crecimiento y desarrollo al prematuro a través de la lactancia materna porque

- a) Permite a las madres extraerse la leche, protegiéndole contra las enfermedades, mejora su desarrollo cerebral.
- b) Permite a las madres darles directamente del seno materno, creando lazos de amor, cubriendo las necesidades nutricionales, protege de las enfermedades y mejora su desarrollo cerebral a través del amamantamiento.
- c) Solo crea lazos de amor entre madre e hijo.
- d) No sabe.



13) El método mamá canguro favorece el vínculo afectivo madre e hijo ¿porque es importante?

- a) Favorece la formación psicológica del prematuro, brindándole amor, seguridad y protección.
- b) Favorece estabilidad solo a la madre, ya que le permite estar cerca de su hijo.
- c) Crea estrés al prematuro.
- d) No sabe.

14) El método mamá canguro favorece el vínculo afectivo madre e hijo prematuro a través de:

- a) El Contacto piel a piel, lactancia materna y la estimulación.
- b) Solo a través del contacto piel a piel y la estimulación.
- c) Solo tomar al bebe en brazos permite el vínculo afectivo madre-hijo.
- d) No sabe.

**ANEXO 02: CUESTIONARIO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN.**

<b>Preguntas</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>En desacuerdo</b>
1. Considero que ha sido beneficioso aprender el método canguro en el cuidado de mi bebé.	2	1	0
2. El método mamá canguro me permite fortalecer el vínculo con mi bebé.	2	1	0
3. Siento satisfacción y comodidad cuando tengo piel a piel a mi bebé.	2	1	0
4. Considero de gran importancia la estimulación temprana que brinda a mi bebé, el método mamá canguro.	2	1	0
5. El método mamá canguro me permite una lactancia exitosa.	2	1	0
6. Es mi compromiso cumplir con todas las recomendaciones establecidas en el programa mamá canguro.	2	1	0
7. Estoy motivada por realizar el método mamá canguro diariamente.	2	1	0
8. Me siento realizada, participando activamente en el cuidado de mi bebé.	2	1	0
9. Continuaré con el método mamá canguro en casa, por ser beneficioso para mi bebé, para mí y para toda la familia.	2	1	0
10. Reconozco y valoro el compromiso del personal de salud que trabaja en la clínica en promover el método mamá canguro.	2	1	0
<b>TOTAL:</b>			

### ANEXO 03: LISTA DE CHEQUEO DE PRÁCTICAS DE LA MAMÁ CANGURO

Días de evaluación	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4	
Fecha de evaluación								
Prácticas	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
1. Prepara al neonato para empezar con “mamá canguro” (desvistiéndolo, cambia el pañal)	1	0	1	0	1	0	1	0
2. La mamá se coloca en posición adecuada para realizar “mamá canguro”	1	0	1	0	1	0	1	0
3. Sostiene al neonato en posición adecuada	1	0	1	0	1	0	1	0
4. Sostiene al neonato para ajustar la cangurera	1	0	1	0	1	0	1	0
5. Permanece el mayor tiempo posible al contacto con su bebé	1	0	1	0	1	0	1	0
6. Se coloca en posición correcta para amamantar	1	0	1	0	1	0	1	0
7. Madre brinda lactancia materna directa a libre demanda	1	0	1	0	1	0	1	0
8. Madre realiza extracción manual de leche en forma adecuada	1	0	1	0	1	0	1	0
9. Madre realiza la alimentación oral con vaso alimentador, relactación o succión al dedo	1	0	1	0	1	0	1	0
10. Se evidencia comportamiento de vínculo afectivo de la madre hacia el bebé	1	0	1	0	1	0	1	0
11. Madre realiza la limpieza del neonato adecuadamente	1	0	1	0	1	0	1	0
12. Otro familiar está capacitado para realizar el contacto piel a piel en caso que la mamá no pueda hacerlo	1	0	1	0	1	0	1	0
13. Mamá reconoce los signos de alarma en el bebé	1	0	1	0	1	0	1	0
TOTAL:								

#### ANEXO 04: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “MAMÁ CANGURO” EN LOS CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL NEONATO, EN MADRES DE UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA, 2018.**

TEMA DE ESTUDIO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Efectividad del Programa “Mamá Canguro” en los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.	<p><b>Problema General</b></p> <p>¿En qué medida la implementación del Programa “Mamá Canguro” mejora los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, ¿2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” en los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>H0: La aplicación del Programa “Mamá Canguro” no es efectivo para mejorar los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.</p> <p>H1: La aplicación del Programa “Mamá Canguro” es efectivo para mejorar los conocimientos, prácticas y satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una</p>	<p>Tipo de investigación: Cuantitativo</p> <p>Experimental</p> <p>Diseño de investigación: Pre-experimental.</p>	<p><b>Conocimientos:</b> Nivel alcanzado por la madre usuaria del PMC de la Clínica a través de la aprehensión de los conocimientos teóricos impartidos por el personal de enfermería sobre el cuidado del neonato prematuro y/o de bajo peso al nacer en cuanto I. Beneficios del contacto: (posición canguro, calor, afecto, estimulación de la lactancia materna, estimulación neurosensorial), II. Extracción y conservación de la leche materna con las técnicas de amamantamiento y III. Beneficios de la lactancia materna exclusiva en el bebé, la mamá y la familia.</p>

			Clínica particular de Lima, 2018.		<b>Prácticas:</b> Nivel de prácticas positivas y negativas de las madres usuarias del PMC de la Clínica que son observadas directamente por el personal de enfermería.
	<b>Problemas Específicos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis Especificas</b>	<b>POBLACION Y MUESTRA</b>	<b>Grado de satisfacción:</b> Brecha entre las expectativas y lo recibido por la madre de un neonato prematuro y/o con bajo peso al nacer usuaria del PMC de la Clínica particular.
	1. ¿En qué medida la implementación del Programa “Mamá Canguro” mejora los conocimientos sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, ¿2018?	1. Determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” en los conocimientos sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.	<b>Hipótesis específica 1:</b> La aplicación del Programa “Mamá Canguro” mejoró el conocimiento sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.	Población: Todas las madres de neonatos prematuros y/o bajo peso al nacer atendidas en la Clínica, 2018  Muestra: Censal	
	2. ¿En qué medida la implementación del Programa “Mamá Canguro” mejora las prácticas positivas sobre el cuidado del	2. Determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” en las prácticas positivas sobre el cuidado del	<b>Hipótesis específica 2:</b> La aplicación del Programa “Mamá Canguro” mejoró las prácticas positivas sobre el		

	neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, ¿2018?	neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.	cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.		
	3. ¿En qué medida la implementación del Programa “Mamá Canguro” mejora la satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, ¿2018?	3. Determinar la efectividad del Programa “Mamá Canguro” en la satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.	<b>Hipótesis específica 3:</b> La aplicación del Programa “Mamá Canguro” mejoró la satisfacción sobre el cuidado del neonato, en madres de una Clínica particular de Lima, 2018.		

## **ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **PROYECTO DE TESIS: “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA “MAMA CANGURO” EN LOS CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y SATISFACCIÓN SOBRE EL CUIDADO DEL NEONATO, EN MADRES DE UNA CLÍNICA PARTICULAR DE LIMA, 2018”**

**Autora: Lic. Milagros Espinoza Castagne**

#### **Estimada señora:**

Reciba mis cordiales saludos, a la vez invitarla a participar en esta investigación que trata de determinar el nivel de conocimiento, prácticas y satisfacción que usted posee frente al Programa Mamá Canguro del servicio de Neonatología de la Clínica San Felipe, que va a permitir mejorar la calidad de atención y la calidad de vida que su hijo necesita para superar su prematuridad y/o bajo peso con el cual nació, situación que le puede ocasionar complicaciones serias para su vida futura.

Para alcanzar los objetivos de la investigación usted recibirá charlas en 5 sesiones entre 30 min a 1 hora, para educarla y orientarla en el manejo y manipulación de su hijo, ya que el Programa Mamá Canguro trae beneficios tanto para usted como para su hijo. Usted contestará 3 cuestionarios 1 antes y los otros al finalizar el programa y se observará su desenvolvimiento con lo que ha aprendido.

La autora de la investigación se compromete a mantener en anónimo sus datos personales y una estricta confidencialidad de los mismos. A su vez, la información obtenida sólo será usada exclusivamente para fines de la investigación en mención.

No tendrá que realizar ningún gasto ni pago adicional y podrá abandonar el estudio cuando así lo considere sin perjuicio para la autora de la investigación.

Por lo que,

Yo, \_\_\_\_\_ con  
DNI N° \_\_\_\_\_; acepto participar libre y voluntariamente de la  
investigación en mención, autorizando para que se me instruya y evalúe mi desempeño  
dentro de las instalaciones el Programa Mamá Canguro.

Firma: \_\_\_\_\_

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018.

_____	_____
Nombre: _____	Lic. Milagros Espinoza Castagne
DNI: _____	Investigadora

**Revocación:**

Yo, \_\_\_\_\_ con  
DNI N° \_\_\_\_\_; decido retirarme de la investigación en mención, por lo  
que, revoco la autorizando previamente dada para participar de la investigación.

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018.

_____	_____
Nombre: _____	Lic. Milagros Espinoza Castagne
DNI: _____	Investigadora



## ANEXO 06: HOJA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



*Una Institución Adventista*

**Universidad Peruana Unión / Escuela de Posgrado**

**Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta:**

1.- ¿Considera Usted que el instrumento cumple con los objetivos propuestos?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100 (%)

2.- ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100 (%)

3.- ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utilizan son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100 (%)

4.- ¿Considera usted, que, si se aplica este instrumento a muestras similares, se obtendrían datos también similares?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100 (%)

5.- ¿Estima usted, que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?  
0 \_\_\_ 10 \_\_\_ 20 \_\_\_ 30 \_\_\_ 40 \_\_\_ 50 \_\_\_ 60 \_\_\_ 70 \_\_\_ 80 \_\_\_ 90 \_\_\_ 100 (%)

6.- ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

---



---

7.- ¿Qué ítems se podrían eliminar?

---



---



---

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Validado por:

---

Grado académico: \_\_\_\_\_

**ANEXO:07 *PROGRAMA MAMÁ CANGURO, LIMA, 2018***



## **PROGRAMA “MAMÁ CANGURO”**

### **Introducción**

La dulce espera se hace realidad con el nacimiento del bebé deseado y tan anhelado; ese día es momento de celebración y fiesta, para la mayoría de familias; un embarazo normal es motivo de expectación y cambio; todo lo contrario, cuando una gestación acaba prematuramente, sus expectativas se quiebran bruscamente, reaccionando de formas muy diversas.

Ante el nacimiento de un hijo prematuro, los progenitores tienen que afrontar los siguientes obstáculos: a) La separación que comporta la hospitalización, b) La estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales, c) El proceso del alta.

Frente a esta situación de “crisis” que altera su equilibrio psicológico, nosotros como profesionales de la salud tenemos el deber humano de proporcionarles la información y ayuda emocional para facilitar el proceso de adaptación, reinstaurar el equilibrio y recibir al bebé con éxito en la familia.

Durante la hospitalización se procurará que la separación sea la menor posible, se facilitará la entrada a las unidades y se permitirá la comunicación telefónica entre el personal de salud con los padres. Por otro lado, mientras dure el ingreso los profesionales les proporcionarán información realista y veraz sobre la situación de salud en el que se encuentra su bebé, guardando el mayor grado de privacidad. A su vez el Servicio de Neonatología dispondrán de zonas de estar confortables y de los suficientes espacios para que los padres participen en los cuidados de sus bebés (alimentación, estimulación).

A lo largo de toda esta difícil etapa los padres en ocasiones se enfrentan dramáticamente al fallecimiento y en otras a la probabilidad de que sobreviva con secuelas. El profesionalismo del personal de salud hace que estas situaciones se afronten con la menor angustia y el menor sentimiento de culpa posibles. Es aquí donde muchas veces la ayuda de psicólogos resulta muy útil.

### **Objetivos del Programa**

1. Reforzar en el 100% de las madres los conocimientos sobre los beneficios del contacto.
2. Fomentar en el 100% de las madres una actitud positiva al realizar “mamá canguro”.
3. Desarrollar en el 100% de las madres, las habilidades prácticas de posicionar a su bebé, piel a piel.
4. Reforzar en el 90% de las madres los conocimientos respecto a las técnicas de lactancia materna.
5. Fomentar en el 90% de las madres una gran satisfacción frente a la comodidad y estabilidad hemodinámica que se presenta en el bebé prematuro.
6. Fomentar en el 100% de las madres la seguridad en el cuidado de su bebé prematuro.

### **Estrategias**

Se desarrolló una estrategia educativa consistente en sesiones educativas y talleres prácticos con énfasis en los beneficios del contacto piel a piel, beneficios de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento como también las técnicas de

extracción y conservación de la leche materna. Para ello se utilizó la metodología ARDE, la cual es utilizada en la educación para adultos por los programas de ADRA Perú, teniendo mucho éxito en sus intervenciones. El adulto participará activamente en cada una de las etapas, enfatiza la reflexión y el trabajo colaborativo, destaca la utilización de los mensajes para fijar los conocimientos en el participante.

Esta metodología consiste en cuatro partes: Animación, Reflexión, Demostración y Evaluación.

- **Animación.** Se motiva a los participantes a romper el hielo, creando un ambiente de confianza; esto ayuda a estimular los sentidos y permite a los participantes y capacitadores despejarse de lo cotidiano. En este momento también se motiva y despierta el interés de las personas por el tema. Se hace una breve introducción y se presenta el tema a tratar.
- **Reflexión.** Este paso permite conocer qué tanto sabe del tema el público objetivo, permitiendo recoger los conocimientos previos de los participantes, analizarlos y a contrastar los saberes nuevos o nuevos conocimientos. Aquí el facilitador brinda la nueva información en base a los conocimientos previos de los participantes.
- **Demostración.** La “demostración” es el corazón de la metodología ARDE, porque permite a los participantes aplicar lo aprendido en forma grupal o personal y plasmarlo en acciones concretas. Es en este momento cuando se generan los mensajes fuerza y se refuerzan conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas. Favorece el intercambio de experiencias y/o conocimientos adquiridos por los participantes.

- **Evaluación.** La evaluación permite verificar, reafirmar y retroalimentar lo aprendido. Finalmente, como parte de la evaluación los participantes asumen compromisos de mejorar las prácticas respecto a los temas tratados.

Los temas y talleres fueron desarrollados por la investigadora y el apoyo de un Médico -Pediatra, especialista en Lactancia Materna, quién trabaja en el Hospital Cayetano Heredia y en la Clínica en mención. Se realizaron prácticas demostrativas, motivando a aplicar lo aprendido que a su vez será monitoreado a través de fichas de seguimiento y reportes en fechas establecidas por la autora.

### **Esquema de las sesiones educativas:**

Para trabajar en el Impacto de conocimientos, todas las sesiones fueron teórico-prácticas.

**Sesión I:** Beneficios del contacto:

- Posición adecuada
- Calor
- Afecto
- Estimulación de la lactancia materna
- Estimulación neurosensorial.

**Sesión II:** Extracción y conservación de la leche materna con las técnicas de amamantamiento del bebé prematuro.

**Sesión III:** Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el bebé, la mamá y toda la familia.

Para cambiar las actitudes se utilizaron videos motivacionales sobre sobrevivencia de bebés prematuros, mamás canguros y testimonios de padres de bebés prematuros.

Las sesiones se realizarán en fechas establecidas por la autora, dependiendo del estado de salud en que se encuentran las madres con previa coordinación, respetando el día y horario que ellas dispongan, se llevará a cabo en el mismo servicio de sala de bebés de la Clínica San Felipe.

#### **Presupuesto para la fase de intervención del “Programa Mamá Canguro”**

<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>UNITARIO</b>	<b>TOTAL</b>
01	Remuneración a conferencista: Médico Pediatra, especialista en Lactancia Materna.	S/50.00	S/500.00
02	Obsequio para los participantes (faja cangurera)	S/25.00	S/250.00
03	Insumos y suministros (papelería, impresiones, folletos, etc.)		S/600.00
04	Refrigerio para talleres prácticos		S/350.00
05	Dotación para la sensibilización y socialización		S/200.00
06	Movilidad y transporte		S/400.00
	<b>TOTAL</b>		<b>S/2,300.00</b>

**Financiamiento.** Todos los gastos de logística fueron asumidos por la autora, sin embargo, se contó con el apoyo de monitorización a las madres en estudio por el personal de enfermería y el departamento de enfermería para realizar las sesiones educativas y sus pertinentes talleres.

## SESIÓN DE APRENDIZAJE N°1:

### Beneficios del Contacto piel a piel

Ítem	Descripción
Competencias:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Historia sobre la instauración y formación del “Programa mamá canguro” en Latinoamérica y en Lima, Perú.</li> <li>2. Posición adecuada.</li> <li>3. Calor</li> <li>4. Afecto</li> <li>5. Estimulación lactancia materna</li> <li>6. Estimulación neurosensorial</li> </ol>
Duración:	60 minutos
Participantes:	Mamá, Papá u otro familiar cercano.
Recursos Humanos:	Colaborador (Enfermera de turno y/o la autora), Facilitador (expositor: Médico-Pediatra)
Materiales:	<p>Consentimiento informado, Cuestionario de conocimientos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hojas bond</li> <li>2. Lapiceros</li> <li>3. Computador (laptop)</li> <li>4. Información compartida por WhatsApp</li> </ol>

### DESARROLLO DE LA PRIMERA SESIÓN

<b>1. Animación y sensibilización</b>	<b>Duración: 20 minutos</b>
<p><b>Actividad 1: Bienvenida</b></p> <p><b>Actividad 2: Presentación de video motivador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La bienvenida lo hace el equipo organizador del programa.</li> <li>• Ahora se entrega el cuestionario de conocimiento a la mamá (pretest)</li> </ul>	



- El colaborador enciende el computador para la transmisión del video motivador (mamá haciendo canguro a su bebé).

2. Reflexión	Duración: 60 minutos
<p><b>Actividad:</b> El facilitador presenta el tema a tratar: <b>Beneficios del contacto piel a piel.</b></p> <p><b>Actividad 2:</b> Se entrega la encuesta de satisfacción a la mamá (pretest)</p> <p><b>Actividad 3:</b> Se solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué es importante realizar el contacto piel a piel para el bebé?</li> <li>• ¿En qué beneficia realizar el contacto piel a piel a la mamá?</li> <li>• ¿Cuánto es el tiempo mínimo recomendado para realizar el método canguro?</li> </ul>	

3.Demostración	Duración: 15 minutos
<p><b>Actividad:</b> Entregarles muñecos para iniciar el taller de práctica.</p> <p>El facilitador explica los pasos a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación del ambiente o espacio al realizar el método canguro.</li> <li>• Preparación de la mamá o papá para el método canguro.</li> <li>• Preparación del bebé antes de iniciar el método canguro.</li> </ul>	

- Colocación correcta del bebé.
- Identificación de los signos de alarma.

<b>4.- Evaluación</b>	<b>Duración: 10 minutos</b>
<b>Actividad:</b> La colaboradora en este caso la autora, evalúa a la madre con la <b>Lista de chequeo de la madre canguro</b> , al realizarlo por si sola después de la demostración por la facilitadora.	

## **HOJA DE INFORMACIÓN N° 1**

### **TEMA: BENEFICIOS DEL CONTACTO PIEL A PIEL**

#### **Historia sobre la instauración del Programa Mamá Canguro en Latinoamérica y en Lima, Perú.**

En 1979, los doctores Edgar Rey y Martínez fueron los primeros en aplicar el Programa Mamá Canguro (PMC) en Bogotá-Colombia para atender de forma práctica, eficiente y económica a los recién nacidos con bajo peso al nacer que requerían atención especializada y como una alternativa al tratamiento convencional de la época porque no contaban con la cantidad suficiente de incubadoras, así como al hecho, de que se requería dar alta hospitalaria precoz por el elevado número de infecciones neonatales intrahospitalarias. Al inicio se recolectaba la leche materna fuera de la unidad de hospitalización, luego se autorizó la entrada a la unidad de las madres a libre demanda, observándose con ello, la disminución de las infecciones y de la morbilidad en estos pacientes. Desde entonces, se ha extendido su uso y se han introducido variaciones a la metodología original.

Hasta el día de hoy tanto a nivel nacional e internacional es utilizado como guía para la creación de nuevos programas mamá canguro en diferentes hospitales, clínicas e instituciones médicas como lo ha sido aquí en Perú, nuestro Hospital HONADOMANI San Bartolomé, pionero en crear el Programa mamá canguro, por el año 1987. Según sus datos estadísticos han tenido menos del 30% de deserción de las madres y la permanencia hospitalaria de los recién nacido prematuro (RNPM), con peso de 1,500-2000gr., es del 59,3% entre 7-14 días y más de 14 días alcanza el 6,2%, lo cual indica el progreso del programa. Fuente Hospital Nacional Docente Madre-Niño, San Bartolomé, 2012.

**El PMC** se caracteriza porque se fundamenta en el contacto piel a piel entre madre-recién nacido de forma precoz, continua y persistente con el neonato entre los senos maternos y bien sujeto al pecho materno en posición vertical; la aplicación de la lactancia materna como principal mecanismo de nutrición, idealmente, la lactancia materna exclusiva, y, alta hospitalaria precoz por la capacidad materna de continuar los cuidados neonatales en el hogar.

### **Posición canguro**

La ubicación y posición del neonato prematuro es fundamental para brindar el contacto piel con piel del binomio madre-producto. La posición canguro se logra colocando al neonato “entre los pechos de la madre, en posición vertical de modo que el pecho de aquél quede en contacto con el de la madre”. La cabeza debe mirar hacia un lado levemente extendida para conseguir abrir las vías respiratorias, evitando la flexión o hiperextensión cefálica porque interrumpirían la respiración del prematuro. Se deben flexionar los brazos y las caderas, así como extender las piernas asemejando la posición batraciana.

El neonato prematuro debe ser sostenido con una faja especialmente diseñada, de tal manera que la parte superior de la faja coincida con la oreja del recién nacido y la mayor fuerza tensil de la faja sea a nivel del pecho del bebé, dejando libre el abdomen a nivel del epigastrio materno. La respiración materna estimula al prematuro y dado que este tiene respiración abdominal, contará con espacio para respirar sin presión.

Se debe enseñar a la mamá canguro la manera de colocar y retirar al prematuro en la faja. El miedo materno de dañar al prematuro desaparece conforme se familiariza con

la técnica. Mientras se mantenga al prematuro en posición vertical, debe sostenerlo con una mano a nivel de la nuca y sobre la espalda, asegurando que la cabeza no se incline hacia abajo y obture las vías respiratorias apoyando la base de la mandíbula del prematuro entre los dedos de la madre. La otra mano de la madre se debe ubicar a nivel del trasero del prematuro.

### **Calor**

Los neonatos prematuros tienen mayores dificultades que los neonatos a término para mantener la regulación y mantenimiento de la temperatura corporal por las siguientes razones:

Como tienen mayor superficie corporal pese al BPN que traen, hay un mayor intercambio de temperatura con el medio ambiente que lo expone a mayores pérdidas de calor e incrementa el riesgo de hipotermia.

Durante la hipotermia, los neonatos prematuros presentan una vasoconstricción periférica que originará un metabolismo anaerobio y acidosis metabólica, en cuyo caso, puede incrementarse la hipoxia por vasoconstricción de los vasos pulmonares, cerrando el circuito vicioso de mayor hipoxia, metabolismo anaerobio y acidosis. La hipoxia incrementa el enfriamiento y, por lo tanto, el riesgo de hipotermia, hipoglicemia, acidosis metabólica y mayor consumo de oxígeno. Esta situación es más comprometedora para los prematuros extremos.

La capacidad termorreguladora de los neonatos prematuros mejora con la edad postnatal, y cuando se observa maduración neurológica, el neonato adopta posiciones corporales para disminuir la superficie de contacto para intercambio de calor con el medio ambiente.

**El rol termorregulador de la madre o del padre**, es decir, con el **contacto piel con piel** a nivel del seno materno durante las 24 horas, debajo de su ropa de uso diario y con el bebé en decúbito prono y desnudo o en posición canguro, el calor del cuerpo de la madre se intercambia con el cuerpo del neonato evitándose, de esta forma, la hipotermia del prematuro. Además, no se recomienda bañar al prematuro todo el tiempo para evitar la hipotermia y un menor consumo de energía.



### **Afecto**

Estudios demostraron que al realizar el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido durante los primeros minutos de vida, se forma una relación simbiótica entre ambos, existiendo sentimientos afectivos, seguridad, satisfacción y confianza recíproca. A su vez, la lactancia materna dentro de los primeros 30 minutos de vida del neonato tranquiliza a la madre, acelera el desprendimiento y expulsión de la placenta, libera oxitocina que disminuye el sangrado post parto.

El apego precoz reduce la ansiedad de la madre frente al parto, y fortalece los vínculos afectivos con su hijo, lo que favorecerá la decisión de brindar la lactancia materna exclusiva.

La relación madre-recién nacido mejora cuando ingresan al PMC, se encontró que las mamás canguro toman conciencia de su rol materno y son más sensibles, siendo mejor, si ingresan dentro de los primeros dos días después del nacimiento o en situaciones de tener un prematuro frágil en cuidados intensivos frente a las madres de neonatos prematuros atendidos en incubadoras. Señala que la madre canguro crea un clima familiar favorable para el cuidado del prematuro durante su permanencia en el hospital, así como, para su cuidado en el hogar. Se crea interacciones positivas entre los neonatos y los padres.



### **Lactancia materna exclusiva**

Existen evidencias de las ventajas de la lactancia materna exclusiva del prematuro a nivel nutricional, inmunológico y neuropsicológico sobre las leches artificiales “especiales” o sueros glucosados. La Leche materna de una madre de prematuro contiene mayor cantidad de proteínas, sodio, cloro y hierro que la leche de una madre de neonato nacido a término, es decir, contiene las cantidades requeridas según las necesidades reales para lograr la madurez y la recuperación del peso adecuado. La leche materna de un recién nacido prematuro tiene mayor cantidad de nitrógeno con diferencias notables las dos primeras semanas y disminuye progresivamente hasta un mes postparto y ser similar a la leche materna normal. El calostro debe ser el primer

alimento de un prematuro considerando que esta leche es ideal para los recién nacidos con BPN.

La leche materna contiene 30% de caseína y 70% de proteínas séricas siendo la más importante la lactoalbúmina, así como también la lactoferrina, lisozima, IgA e IgA secretora que tienen rol en el sistema defensivo del niño. La grasa, principal macronutriente de la leche, varía en el día y en cada mamada, siendo más alta en la leche final, provee de energía y de las vitaminas liposolubles A, D, E, K. Los lípidos tienen un patrón de ácidos grasos, lipasas y triglicéridos que se absorben en altas concentraciones gracias a las sales biliares secretadas por el neonato pretérmino. La grasa final, a partir de 10 ml de leche materna acumulada, aumenta y es mayor a partir de los 20 ml, por lo que, se debe realizar el crematocrito, es decir, sacar manualmente la leche del seno antes de cada lactada y ofrecer esta leche final al neonato para que gane peso con mayor rapidez. Los carbohidratos más importantes de la leche materna son la lactosa y los oligosacáridos, son bien absorbidos por los neonatos prematuros y sobre todo los oligosacáridos juegan un rol inmunológico porque estructuralmente son similares a los receptores de antígenos bacterianos específicos evitando que las bacterias se adhieran a las mucosas del huésped.

El neonato prematuro debe tener estimulación temprana del reflejo de succión del seno materno para estimular la producción láctea de la madre incluso en los menores de 34 semanas de edad gestacional. En caso de no existir reflejo de succión/deglución adecuada se iniciará la lactancia a gravedad ya sea con sonda nasogástrica (SNG), orogástrica, jeringa, gotero, vasito o cucharita. Al prematuro que puede alimentarse por vía oral debe administrársele leche de su propia madre, generalmente en pequeños



volúmenes para estimular la maduración de la función gastrointestinal y mejorar la motilidad intestinal.

Otras limitantes de la lactancia materna se deben a la madre como es el caso de las madres primerizas y de las madres adolescentes, quienes tienen temores y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento y de las ventajas de la lactancia materna.

Las recomendaciones para la lactancia materna incluyen:

- En recién nacido pretérmino con peso <1000 g: 0,5-1cc cada 3 horas por SNG y medir residuo gástrico.
- En recién nacido pretérmino con peso entre 1000-1500 g: 1-2 cc cada 2 horas por SNG o succión (si la tiene) y medir el residuo gástrico.
- En recién nacido pretérmino con peso entre 1500-2000 g: 3-5 cc cada 2 horas con gotero, cucharita o vasito, probar previamente succión directa (debe haber coordinación succión/deglución y respiración al mismo tiempo).

El volumen de la leche materna aumentará progresivamente a partir de las 48 horas si hay buena tolerancia oral, así, aumentando cada vez 50% del volumen que recibía hasta que el prematuro tenga una succión vigorosa directa y a libre demanda.



### **Estimulación neurosensorial**

La estimulación neurosensorial en los neonatos es un conjunto de actividades específicas que tiene el objetivo de acelerar la maduración cerebral y del sistema nervioso central en un neonato prematuro en las dimensiones: fisiológico, motor, nivel de conciencia, nivel de atención y sistema de autorregulación que representan la base del futuro desarrollo motor, mental y social del recién nacido. En el neonato prematuro estas dimensiones no están desarrolladas ni intercomunicadas adecuadamente.

En el ámbito fisiológico, controla las funciones autonómicas como respiración, ritmo cardíaco, cambios de color de la piel y las evacuaciones. A nivel motor controla la postura y los movimientos corporales. El nivel de conciencia controla el tiempo de vigilia-sueño del neonato. El nivel de atención controla la capacidad neonatal para enfocar caras, objetos y sonidos. Y, en el sistema de autorregulación existe equilibrio entre los sistemas y permite calmar al neonato prematuro. Se aplican diversos esquemas de tratamiento con sesiones en base a la estimulación visual, auditiva y táctil, se puede incluir también el, manejo del masaje Shantala y musicoterapia.

Existe evidencia que los cuidados maternos realizados en el PMC tienen impacto positivo para el desarrollo físico y neuropsicológico del recién nacido prematuro.



## SESIÓN DE APRENDIZAJE N°2:

**Extracción y conservación de la leche materna con las técnicas de amamantamiento al bebé prematuro.**

Ítem	Descripción
Competencias:	1.- Higiene y cuidados de los senos. 2.- Extracción y conservación de la leche materna. 3.- Posiciones para amamantar.
Duración:	40 minutos
Participantes:	Mamá, Papá u otro familiar cercano.
Recursos Humanos:	Colaborador (Enfermera de turno y/o la autora), Facilitador (expositor: Médico-Pediatra)
Materiales:	1.-Jeringa de 3cm o 5cm. 2.-Recipiente o bolsitas para conservar leche materna. 3.-Guantes estériles. 4.-Información compartida por WhatsApp

## DESARROLLO DE LA SEGUNDA SESIÓN

1. Animación y sensibilización	Duración: 20 minutos
<p><b>Actividad 1: Bienvenida</b></p> <p><b>Actividad 2: Presentación de video motivador</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La bienvenida lo hace el equipo organizador del programa.</li> <li>• El colaborador enciende el computador para la transmisión del video motivador (mamá realizando la extracción de leche materna).</li> </ul>	

2. Reflexión	Duración: 40 minutos
<p><b>Actividad:</b> El facilitador presenta el tema a tratar: <b>Extracción y conservación de la leche materna con las técnicas de amamantamiento del bebé prematuro.</b></p> <p><b>Actividad 2:</b> Se solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencione las técnicas o posiciones para amamantar.</li> <li>• ¿Cómo conservar correctamente la leche materna?</li> <li>• ¿Cómo suministrar la leche extraída al bebé?</li> </ul>	

3.Demostración	Duración: 20 minutos
<p><b>Actividad:</b> Entregarles los materiales para el taller de práctica (muñecos, jeringas, guantes y bolsas de lactancia)</p> <p>El facilitador explica las técnicas de amamantamiento y extracción de la leche materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación del ambiente o espacio para realizar la lactancia materna y la extracción de ella.</li> <li>• Preparación física y emocional de la madre antes de iniciar la lactancia.</li> <li>• Técnicas de lactancia materna.</li> <li>• Posición y acoplamiento del bebé.</li> <li>• Técnicas de extracción de la leche materna.</li> </ul>	

- Conservación de la leche materna.

<b>4.- Evaluación</b>	<b>Duración: 10 minutos</b>
<b>Actividad:</b> La colaboradora en este caso la autora, evalúa a la madre con la <b>Lista de chequeo de la madre canguro</b> , al realizarlo por sí sola después de la demostración por la facilitadora.	

## **HOJA DE INFORMACIÓN N° 2**

**TEMA: Extracción y conservación de la leche materna con las técnicas de amamantamiento del bebé prematuro.**

### **Higiene y cuidado de los senos**

La higiene es super importante, por eso:

- Lávate las manos y uñas con agua y jabón antes de tocarte los senos y amamantar.
- A la hora de bañarte no uses jabón sobre los senos ya que pueden eliminar los aceites naturales que los protegen.
- Nunca utilices alcohol para limpiarlos o desinfectarlos.

### **¿Cómo extraer y conservar la leche materna?**

A veces, diferentes mamás tienen necesidad de extraer su leche por diversos motivos:

- Cuando los senos están demasiado cargados, aunque el bebé se haya alimentado bien.
- En el caso de obstrucción o mastitis.
- Para alimentar a su bebé prematuro.
- Por estar tomando medicina por un corto tiempo y no detener la lactancia del bebé.
- Por separación de horas cuando la mamá se encuentra en el trabajo.

## ¿Cómo extraer la leche?

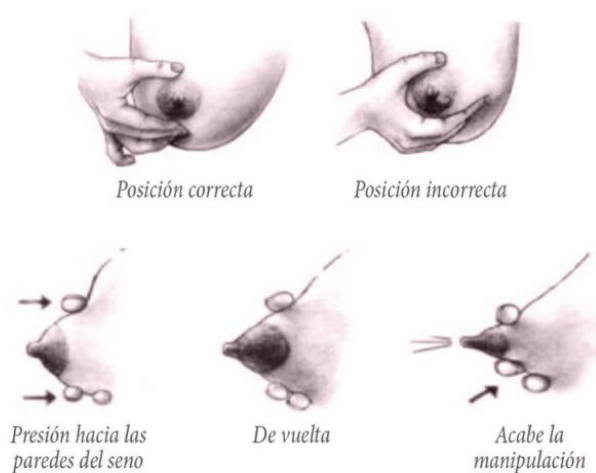
Puede ser manual o con la ayuda de un extractor. Antes de extraer la leche, lávate bien las manos, relájate y efectúa un suave masaje sobre el seno.

1.- Masajea desde la parte superior hacia la areola.

2.- Coloca la mano alrededor de la areola.

3.- Presiona y comprime el pecho.

4.- Extrae la leche.



## Extracción manual

Para realizar la extracción manual recuerda los siguientes pasos:

1.- Comienza apretando suavemente con la punta de los dedos desde la parte superior del pecho hacia la areola. Luego masajea el seno con ambas manos.

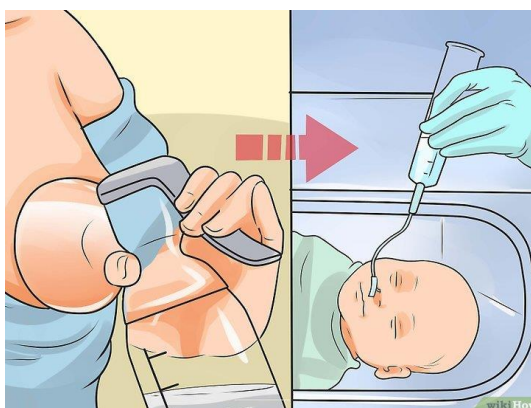
2.- Coloca la mano de tal forma que el pulgar quede unos centímetros arriba de la areola y el resto de los dedos unos centímetros por debajo de ésta. Después ejerce

presión hacia las paredes del seno y luego comprime el pecho entre el pulgar y los otros dedos hacia la pared torácica y hacia afuera, sin deslizar los dedos sobre la piel. Repitiendo estos movimientos rítmicamente, la leche debe salir.

3.- Recuerda que no debes de estirar, aplastar, ni frotar el pecho y que el proceso deberá ser cómodo. Una sesión de extracción manual puede durar entre 20 y 30 minutos y se recomienda alternar los pechos cada cinco o diez minutos.

### **Extracción con extractor**

Si la extracción manual no te acomoda, puedes realizarla con un extractor manual o eléctrico. Si utilizas uno manual, recuerda que accionar la palanca a tu propio ritmo. Los extractores tienen la ventaja de traer un recipiente donde cae tu leche y ahí mismo puedes conservarla. Es muy importante esterilizar todas las piezas del extractor.



### **Cómo almacenar y conservar la leche**

La higiene es super importante, por eso:

1.- Almacénala directamente en bolsas plásticas resellables o frascos plásticos adecuados para esto.



2.- Marca la hora y fecha de extracción en una cinta adhesiva y pégala en la bolsa.

3.- Usa la leche más antigua hasta la más reciente.

4.- A temperatura ambiente: Utilizarla antes de 4 horas, mantenerlo en un lugar alejado de la luz solar.

5.- En el frigider: Se conserva hasta por 24 horas, mantenerla en los estantes del frigider.

6.- En el congelador: Se conserva hasta por 3 meses. No olvides marcarla.



### ¿Cómo suministrarle la leche extraída al bebé?

Los expertos no recomiendan hacerlo en biberón porque:

- Genera “confusiones de pezones”
- La lengua toma diferentes posiciones cuando lacta de un seno que de una mamila.

- Esta confusión puede dañar la lactancia

Lo recomendable es darles la leche a cucharadas, en una taza pequeña o en un vasito especial para el bebé. Sienta al bebé en tus piernas y acerca la taza a sus labios, levemente inclinada, sin vaciar el contenido en su boca, deja que él tome solo. Nunca utilices microondas y después de descongelarla o utilizarla elimina la leche extraída que sobre, no la guardes para más adelante.



### **De regreso al trabajo**

- Si llegó el momento de regresar al trabajo, extrae la leche y deja organizada las tomas con los frascos marcados en orden, para que así la persona que cuide al bebé en casa o en la guardería se la brinde en el horario determinado por tu pediatra.
- Si debes extraer la leche en el trabajo busca un lugar privado, limpio y cómodo para realizarlo. Llena el frasco o biberón, ciérralo bien y mantenlo en una refrigeradora o cerca de una botella con agua congelada o hielos.
- Apenas regresas a casa, busca el momento para estar con tu bebé, porque ambos necesitan el contacto y calor mutuo.
- Procura hidratarte muy bien y mantener la succión la mayor cantidad de veces durante el día para estimular la producción de leche.

## **Posiciones para amamantar**

Antes de dar de lactar recuerda tener la mayor cantidad de comodidades:

- Elige el mejor lugar, ya sea una silla rígida con brazos, tu cama, una mecedora o una poltrona.
- Coloca cojines y/o almohadas que den soporte a tus brazos. Los de forma de herradura son muy útiles.
- La posición en que le des de amamantar también es súper importante:

### **1.- POSICIÓN CUNA:**

- El bebé va horizontal entre tus brazos.
- Su vientre debe estar en contacto con tu cuerpo.
- La cabeza en ángulo interno que forma tu codo.
- La boca frente al pezón.

### **2.- POSICIÓN CRUZADA:**

- El bebé va horizontal sostenido con el brazo contrario al seno con el que lo alimentarás.
- Pon la boca del bebé frente al pezón.
- Similar a la posición cuna, pero con el brazo contrario.

### **3.- POSICIÓN DE BALÓN:**

- Inspirada en la forma en que los jugadores de fútbol americano sostienen el balón.
- Carga al bebé bajo tu brazo con los pies hacia tu espalda.
- Pon varias almohadas a tu costado para apoyar el codo y el cuerpo del bebé.
- Acuéstalo sobre el brazo que está apoyado sobre las almohadas.

- Sostén la cabeza del bebé con la palma de tu mano para ponerlo a nivel de tu seno.



### SESIÓN DE APRENDIZAJE N° 3

#### Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el bebé, la mamá y la familia.

Ítem	Descripción
Competencias:	1.- Composición de la leche materna. 2.- Fisiología de la secreción de leche. 3.- Beneficios de la lactancia y riesgos de no amamantar. 4.- Preocupaciones, controversias y contraindicaciones. 5.- Duración y frecuencia de las mamadas. 6.- Recomendaciones actuales en lactancia.
Duración:	60 minutos
Participantes:	Mamá, Papá u otro familiar cercano.
Recursos Humanos:	Colaborador (Enfermera de turno y/o la autora), Facilitador (expositor: Médico-Pediatra)
Materiales:	1.-Muñecos 2.-computador- laptop 3.- Información compartida por WhatsApp

#### DESARROLLO DE LA TERCERA SESIÓN

1. Animación y sensibilización	Duración: 20 minutos
<b>Actividad 1: Bienvenida</b>  <b>Actividad 2: Presentación de video motivador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La bienvenida lo hace el equipo organizador del programa.</li> <li>El colaborador enciende el computador para la transmisión del video motivador (mamá brindando lactancia materna).</li> </ul>	

<b>2. Reflexión</b>	<b>Duración: 60 minutos</b>
<p><b>Actividad:</b> El facilitador presenta el tema a tratar: <b>Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el bebé, la mamá y la familia.</b></p> <p><b>Actividad 2:</b> Se solicita a los participantes que respondan las siguientes preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué es importante amamantar a su bebé?</li> <li>• ¿Cuáles son los beneficios nutricionales de la leche materna para su bebé?</li> <li>• ¿Cuáles son los beneficios para la mamá?</li> <li>• Hábleme sobre la duración y frecuencia de las mamadas.</li> </ul>	
<b>3.Demostración</b>	<b>Duración: 20 minutos</b>
<p><b>Actividad:</b> Entregarles los materiales para el taller de práctica (muñecos)</p> <p>El facilitador explica los problemas más frecuentes de la lactancia materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pezones invertidos y cómo dar de lactar.</li> <li>• Pezones dolorosos con grietas y cómo dar de lactar así.</li> <li>• Congestión mamaria.</li> <li>• Mastitis.</li> <li>• Ictericia en el bebé amamantado</li> </ul>	

<b>4.- Evaluación</b>	<b>Duración: 10 minutos</b>
<b>Actividad:</b> La colaboradora en este caso la autora, evalúa a la madre con la <b>Lista de chequeo de la madre canguro</b> , la correcta técnica de amamantar de acuerdo a su propia fisiología y anatomía.	

## HOJA DE INFORMACIÓN N° 3

**TEMA: Beneficios de la lactancia materna exclusiva para el bebé, la mamá y la familia.**

### Composición de la leche materna

#### Calostro

El calostro es un fluido espeso y amarillento, presente en las mamas durante los primeros 2-4 días después del parto, es una mezcla de secreciones mamarias del pre-parto que comienza a acumularse en la mama desde la semana doce de embarazo y de nuevas secreciones que resultan del efecto de los cambios hormonales producto del parto (40-50 ml durante las primeras 24 horas), el calostro es un nutriente ideal y una sustancia inmunológica que asegura al recién nacido protección. El calostro contiene más proteínas, menos grasa y lactosa, comparado con la leche madura, rica en beta caroteno, un precursor de la vitamina A. La vitamina A es importante para la protección contra las infecciones y para el desarrollo temprano de la retina, contiene además leucocitos que también protegen al recién nacido de infecciones.

El calostro además provee al recién nacido de lactosa para prevenir la hipoglicemia y facilita el pasaje de meconio, lo que a la vez ayuda a la excreción de bilirrubina, el calostro es considerado la “primera inmunización” y es la primera fase conocida como lactogénesis I.



#### Leche madura

La lactogénesis II ocurre entre el segundo y cuarto día postparto y se caracteriza por la “bajada de leche” en un mayor volumen. La madre nota que sus mamas se llenan y la deglución del niño se hace más evidente, esta leche de 7-10 días se considera



“transicional”, desde el día 14 se considera “madura”, está presente en un volumen de 600-900 ml cada 24 horas y su composición bioquímica se resume así:

Leche inicial	Leche final
0.9 % proteína	0.7 % proteína
1.7% grasa	5.5% grasa



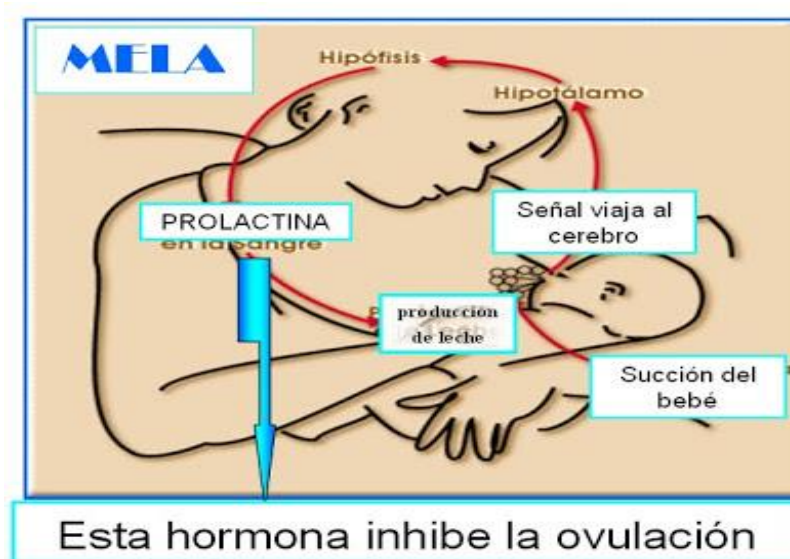
Fuente: Curso Lactancia Materna  
Instituto Nacional Materno Perinatal

Resumen de las mayores diferencias entre la leche humana y los sucedáneos comerciales

	Leche humana	Sucedáneos comerciales
Proteína	Cantidad/calidad adecuadas	Corregida en cantidad pero no en calidad
Grasa	Ácidos grasos esenciales, lipasa presente.	No contiene lipasa
Vitaminas	Adecuada, excepto para vitamina D y K	Vitaminas agregadas
Minerales	Cantidad correcta	Parcialmente corregida
Propiedades anti-infecciosas	Presentes	Ausentes
Factores de crecimiento	Presentes	Ausentes
Enzimas digestivas	Presentes	Ausentes
Hormonas	Presentes	Ausentes

## Fisiología de la leche materna

Aun cuando hay muchas hormonas involucradas durante el embarazo, el estrógeno, la progesterona y la prolactina son las tres principales hormonas de esta etapa del proceso reproductivo. Los elevados niveles de estrógeno y progesterona durante el embarazo, impiden que la prolactina estimule la producción de leche. Con la remoción de la placenta, los niveles de estrógeno y progesterona caen dramáticamente mientras la prolactina permanece elevada. Esta es la señal a la mama para comenzar la producción de leche. Los receptores de prolactina tienen una afinidad especial por ésta en el postparto.



## Importancia de la Lactancia y Riesgos de no amamantar

Si bien la suplementación o el reemplazo de la leche materna pudiera ser necesaria en alguna circunstancia, ésta nunca debiera ser una decisión casual. Existe evidencia poderosa de que los sustitutos de la leche materna, tanto en países desarrollados como en desarrollo, aumentan el riesgo de numerosas enfermedades en el lactante y niño menor, tales como diarrea, otitis media, gastroenteritis, infecciones severas del tracto respiratorio bajo, dermatitis atópica, asma, enterocolitis necrotizantes, así como muerte súbita del lactante, la revisión también muestra que los niños no amamantados tienen mayor riesgo de caries, así como mayor incidencia de diabetes tipo I, obesidad, enfermedad de Crohn y enfermedad celíaca.

La relación entre la lactancia y el desarrollo psicosocial ha recibido gran atención. Estudios recientes en animales y en humanos sugieren que las hormonas de la lactancia, particularmente la oxitocina juega un importante rol en el apego entre la madre y el niño, con cada mamada se elevan los niveles de oxitocina, esto no solo produce la eyección de leche, satisfaciendo el hambre del niño sino además ofrece a la

madre sensaciones agradables que la hacen sentir bien. Así madre y niño ganan con la lactancia y se fortalece el vínculo entre ellos.



### Preocupaciones, Controversias y Contraindicaciones

Si bien existen muchas controversias con relación a la lactancia, son muy pocas las contraindicaciones.

- Enfermedades y otras condiciones de salud – No existen razones nutricionales para privar a un niño de lactancia como no sea que tengan problemas específicos de salud tales como **galactosemia**. Los niños que nacen con errores congénitos del metabolismo muy raros como enfermedad de orina en jarabe de arce y **fenilketonuria** (PKU), pueden recibir leche materna con un monitoreo estricto.
- Se puede aconsejar a las madres no amamantar en forma transitoria o permanente en pocas circunstancias como.

-En EEUU, el Centres for Disease Control and Prevention (CDC), recomiendan que las madres infectadas con VIH no amamenten por el riesgo de transmisión del VIH al infante a través de la leche materna.

-En caso de tuberculosis materna activa, la madre y el niño deben separarse solo mientras la madre esté en períodos de contagio. El niño debe recibir tratamiento preventivo de inmediato. El lactante puede continuar recibiendo leche materna extraída. Los medicamentos para tratar la tuberculosis de la madre, incluido el HIN, son compatibles con la lactancia.

-La hepatitis con frecuencia presenta la duda sobre si iniciar o continuar la lactancia. Si está permitida con los principales tipos de hepatitis (A, B, y C), pero en el caso de la hepatitis B, el niño puede comenzar la lactancia antes de recibir la HBIG y la primera dosis de la vacuna para la Hepatitis B que puede ser dada hasta 7 días después del nacimiento, preferiblemente en las primeras 12 horas.

- **Medicamentos:** La mayoría de medicamentos que recibe la madre son compatibles con la lactancia en un niño de término sano. El riesgo de afectar al niño es mayor durante los 2 primeros meses de vida y disminuyen significativamente después de esa edad.
- **Cafeína:** La cafeína es excretada a la leche, la cantidad que pasa a la leche después de una taza de café es insignificante. La cafeína no es bien metabolizada por los lactantes y se puede acumular en hijos de madres que consumen grandes cantidades de bebidas con cafeína, se sugiere que esas madres prefieran bebidas descafeinadas.
- **Imagen corporal:** Puede existir otras preocupaciones tales como laxitud de las mamas, los pechos pueden perder elasticidad como resultado de los embarazos y los años, independiente de si la mujer amamanta o no. Se debe tratar el tema de la imagen corporal cuando este surja.

### **Duración y frecuencia de las mamadas**

✚ La lactancia es “determinada por el niño”, éste pide mamar cuando tiene hambre y se detiene cuando está satisfecho. El amamantar a libre demanda permite al niño decidir cuando tiene hambre. El llanto es una señal tardía de hambre, se debe amamantar en respuesta a los signos tempranos de hambre:

- despertarse
- llevarse las manos a la boca
- buscar
- movimientos de la boca

La lactancia también debe responder a las necesidades de la madre y ella puede poner al niño a mamar si se siente llena de leche.

✚ Los patrones de amamantamiento varían mucho entre los niños; algunos maman rápidamente y otros más lento. Lo importante es que logren recibir la leche del final.

✚ Los lactantes generalmente dan señas de haber terminado o querer cambiar de lado al espontáneamente soltar el pecho, quedarse dormidos con el pezón en la boca, o dejar de succionar y tragar. Si es necesario dar golpecitos para sacar el aire y luego ver si se interesa en tomar más, entonces se ofrece el otro lado.

✚ Cada binomio madre/hijo es diferente. La forma de mamar de cada niño y el flujo de la leche de la madre varía entre binomios. Las mamadas muy largas y las muy cortas pueden indicar problemas y deben ser evaluadas, la

mejor forma de evaluar la efectividad es observando la mamada, ver el acoplamiento, escuchar la deglución, evaluar si la madre se siente cómoda y si el niño queda satisfecho después de la mamada.

### Recomendaciones actuales de la lactancia

Dados los múltiples beneficios de la lactancia para la salud, crecimiento y desarrollo de los niños y la salud de las madres, así como los grandes riesgos del uso de sustitutos de leche materna, la Organización mundial de la salud (OMS) UNICEF, el centro de control de enfermedades de EEUU, así como un número considerable de organizaciones que están involucradas en la salud materno infantil, recomiendan:

Lactancia exclusiva=solo leche humana

Los niños deben ser amamantados exclusivamente durante seis meses y deben continuar la lactancia con la introducción de alimentación complementaria adecuada, durante el segundo año de vida o más allá.



### ESQUEMA DEL PROGRAMA EDUCATIVO

<b>Variable independiente</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodología ¿Qué procedimientos voy a seguir?</b>	<b>Actividades* ¿Qué acciones voy a llevar a cabo?</b>	<b>Recursos (Equipos y materiales)</b>	<b>Evaluación (Proceso sistemático, continuo e integral, de retroalimentación)</b>	<b>Tiempo (En horas)</b>
Programa “Mamá canguro”	Reforzar en el 100% de las madres los conocimientos sobre los beneficios del contacto.	Presentación de un video	Charla educativa	-Profesional Médico Pediatra, especialista en lactancia materna exclusiva.  -La autora  -Enviar el tema expuesto a su celular.  -Laptop.	-Pretest (Cuestionario de conocimientos)	1 hora
	Fomentar en el 100% de las madres una actitud	Presentación de video.	1.- Charla educativa.  2.- Taller teórico- práctico.	-Profesional Médico Pediatra, especialista en	- Cuestionario del nivel de satisfacción.	1 hora

	positiva al realizar “mamá canguro”.			lactancia materna exclusiva.  -Enviar el tema expuesto a su celular.  -Laptop.	-Lista de chequeo de prácticas	
--	--------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	--

<b>Variables dependientes</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metodología ¿Qué procedimientos voy a seguir?</b>	<b>Actividades* ¿Qué acciones voy a llevar a cabo?</b>	<b>Recursos (Equipos y materiales)</b>	<b>Evaluación (Proceso sistemático, continuo e integral, de retroalimentación)</b>	<b>Tiempo (En horas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Prácticas</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	Desarrollar en el 100% de las madres las habilidades prácticas de posicionar a su bebé, piel a piel.	Presentación de un video	Realización de talleres- prácticos de posicionar y dar afecto a su bebé.	-La autora  -Laptop  -cangurera	Lista de chequeo de las prácticas de la “mamá canguro”.	Media hora

	Reforzar en el 90% de las madres, los conocimientos respecto a las técnicas de lactancia materna.	Presentación de un video	1.- Charla educativa.  2.- Taller teórico- práctico.	-Médico Pediatra y Enfermera especialista en lactancia materna.  -La autora.  -Laptop	Lista de chequeo de las prácticas de la “mamá canguro”.	Media hora
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	------------

<b>Variable dependiente</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología ¿Qué procedimientos voy a seguir?</b>	<b>Actividades ¿Qué acciones voy a llevar a cabo?</b>	<b>Recursos (Equipos y materiales)</b>	<b>Evaluación (Proceso sistemático, continuo e integral, de retroalimentación)</b>	<b>Tiempo (En horas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Prácticas</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	Fomentar en el 90% de las madres una gran satisfacción frente la comodidad y estabilidad hemodinámica que se presenta en el bebé prematuro.	Presentación de un video	1.- Charla educativa.  2.- Taller teórico- práctico.	-La autora.  -Laptop	Cuestionario del nivel de satisfacción	Media hora



<b>Variable dependiente</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodología ¿Qué procedimientos voy a seguir?</b>	<b>Actividades ¿Qué acciones voy a llevar a cabo?</b>	<b>Recursos (Equipos y materiales)</b>	<b>Evaluación (Proceso sistemático, continuo e integral, de retroalimentación)</b>	<b>Tiempo (En horas)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento</li> <li>• Prácticas</li> <li>• Satisfacción</li> </ul>	Fomentar en el 100% de las madres, la seguridad en el cuidado de su bebé prematuro.	Presentación de un video	1.- Charla educativa.  2.- Taller teórico- práctico.	-La autora. -Laptop.	-Post test (cuestionario de conocimientos)  - Cuestionario de satisfacción.  -Lista de chequeo de prácticas.	Media hora a una hora

**ANEXO 08: FICHA DE LOS BEBES EN ESTUDIO**

N°	Nombre	F.N.	E.G.	Peso Nac. (gr.)	Talla Nac. (cm)	P.C. Nac. (cm)	F. ALTA	Peso Alta (gr)	Talla Alta (cm)	P.C. Alta (cm)
1	Sthefany, Guizado Chung T1	30-11-17	28 ss	1,020	38	26,5	12-01-18	1,900	41,2	29.3
2	Gabriela, Guizado Chung T2	30-11-17	28 ss	1,010	35	24	12-01-18	1,900	41	29
3	Santiago, Guizado Chung T3	30-11-17	28 ss	1,220	36,5	26,7	09-01-18	2,020	42.2	30.2
4	Kaela Ivana, Obregón Dávila G1	21-12-17	35ss	2,120	44	30	24-12-17	2,010	44	30.2
5	Chiara Guadalupe, Obregón Dávila G2	21-12-17	35 ss	2,144	44	31	24-12-17	1,980	44	31
6	José Marcelo	16-01-18	33 ss	2,374	46	32,5	05-02-18	2,630	46,2	33,5
7	Noah, Barreto Canales	20-01-18	32 ss	1,845	43,3	32	04-02-18	2,110	44	33
8	Emma, Cruz Cervantes	26-01-18	32 ss	1,855	40.2	30.3	16-02-18	1,810	43	31
9	Alexa, Kuriyana Moreno G1	19-02-18	30 ss	1,410	39.5	27.5				
10	Kristina, Kuriyana Moreno G2	19-02-18	30 ss	1,200	37	24.5				
11	Miguel, Guerrero Ccoscco	03-03-18	34 ss	1,930	43.5	30.4	19-03-18	1,982	46	30.5
12	Liam, Pinedo Saavedra	12-03-18	35 ss	2,492	45	33	15-03-18	2,350	45.5	33
13	Teresa, Yelo Suquet	18-03-18	36 ss	3,100	45.2	33	20-03-18	2,846	45.5	33.2
14	Vanessa, Rodriguez Gonzales	18-03-18	35 ss	2,329	43	32	20-03-18	2,300	43.5	32.3

**ANEXO 09: FICHA DE LAS MAMÁS EN ESTUDIO**

N°	Nombre completo	Edad	E.G.	Diagnóstico	Antecedentes	Cesárea/parto			
1	Gissela, Chung Saldaña	35 a	28 ss	Primigesta, gestación trillizos	Hipotiroidismo	C			
2	Claudia, Dávila Chicoma	34 a	35 ss	Primigesta	Preclampsia severa	C			
3	Sandra, Rodríguez Dionisio	38 a	33 ss	Primigesta	Fertilización in vitro	C			
4	Fiorela, Canales Gómez	32 a	32 ss	Primigesta		C			
5	María Silvana, Cervantes Lezameta	34 a	32 ss	Primigesta	Colestasis Intrahepática	V			
6	Katherine, Moreno Romaña	25 a	31 ss	Primigesta	RPM, embarazo gemelar	C			
7	Valentina, Ccoscco Yucra	34 a	34 ss	Segundigesta	Preclampsia severa	C			
8	Vanessa, Saavedra Sevillano	32 a	35 ss	Primigesta	Contracciones	V			
9	Inés, Suquet García	35 a	36 ss	Segundigesta	Aneurisma cerebral	C			
10	Milagros, Gonzales Rengifo	33 a	35 ss	Tercigesta	Preclampsia severa	C			

**ANEXO 10: TABLAS E HISTOGRAMAS:****TABLA N°1****Estadísticos descriptivos**

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Puntuación total para el pretest de conocimientos	10	4,6000	1,64655	2,00	8,00

**Estadísticos descriptivos**

	Percentiles		
	25	50 (Mediana)	75
Puntuación total para el pretest de conocimientos	3,7500	4,5000	5,2500

**Tabla de frecuencia****Puntuación total para el pretest de conocimientos**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 2,00	1	10,0	10,0	10,0
3,00	1	10,0	10,0	20,0
4,00	3	30,0	30,0	50,0
5,00	3	30,0	30,0	80,0
6,00	1	10,0	10,0	90,0
8,00	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Puntuación total para el pretest de conocimientos

		Bootstrap para Porcentaje			
		Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Válidos	2,00	-,6	9,6	,0	36,6
	3,00	-,6	7,7	,0	20,0
	4,00	,0	14,1	3,4	56,6
	5,00	1,2	15,7	3,4	70,0
	6,00	-2,0	6,7	,0	20,0
	8,00	2,0	11,6	,0	53,2
	Total	,0	,0	100,0	100,0

### Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Puntuación total para el pretest de conocimientos
N		10
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	4,6000
	Desviación típica	1,64655
Diferencias más extremas	Absoluta	,204
	Positiva	,204
	Negativa	-,158
Z de Kolmogorov-Smirnov		,645
Sig. asintót. (bilateral)		,799

**Histograma**

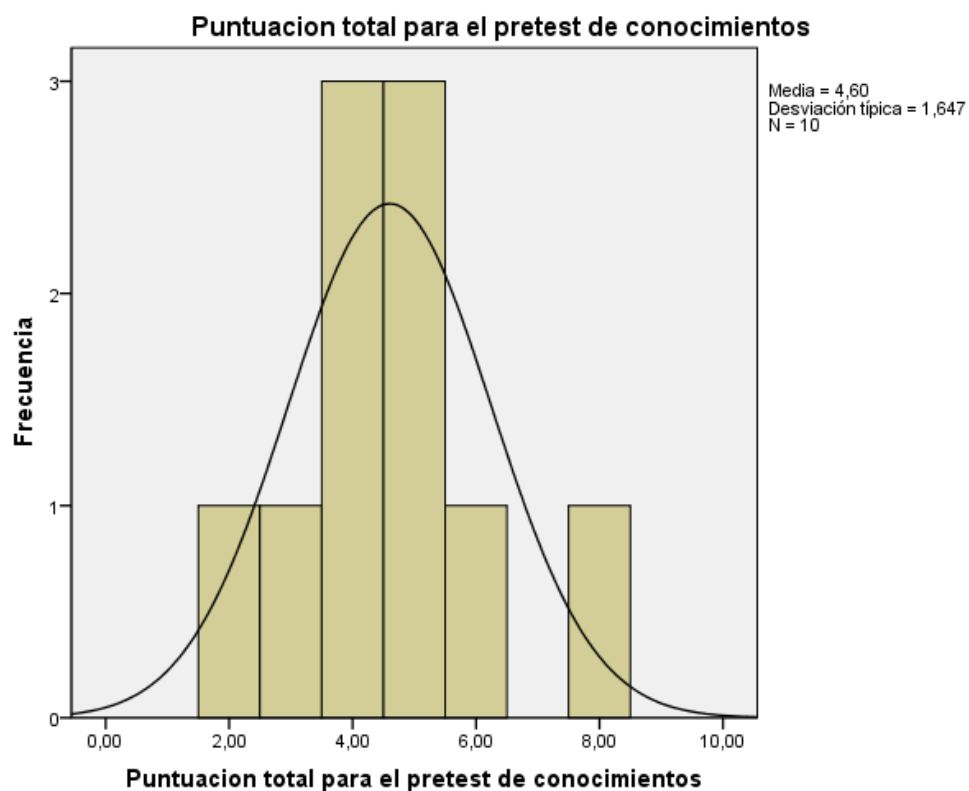
**Tabla de frecuencia**

**Puntuación total para el pretest de conocimientos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2,00	1	10,0	10,0	10,0
	3,00	1	10,0	10,0	20,0
	4,00	3	30,0	30,0	50,0
	5,00	3	30,0	30,0	80,0
	6,00	1	10,0	10,0	90,0
	8,00	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Puntuación total para el pretest de conocimientos**

		Bootstrap para Porcentaje			
		Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Válidos	2,00	-,6	9,6	,0	36,6
	3,00	-,6	7,7	,0	20,0
	4,00	,0	14,1	3,4	56,6
	5,00	1,2	15,7	3,4	70,0
	6,00	-2,0	6,7	,0	20,0
	8,00	2,0	11,6	,0	53,2
	Total	,0	,0	100,0	100,0



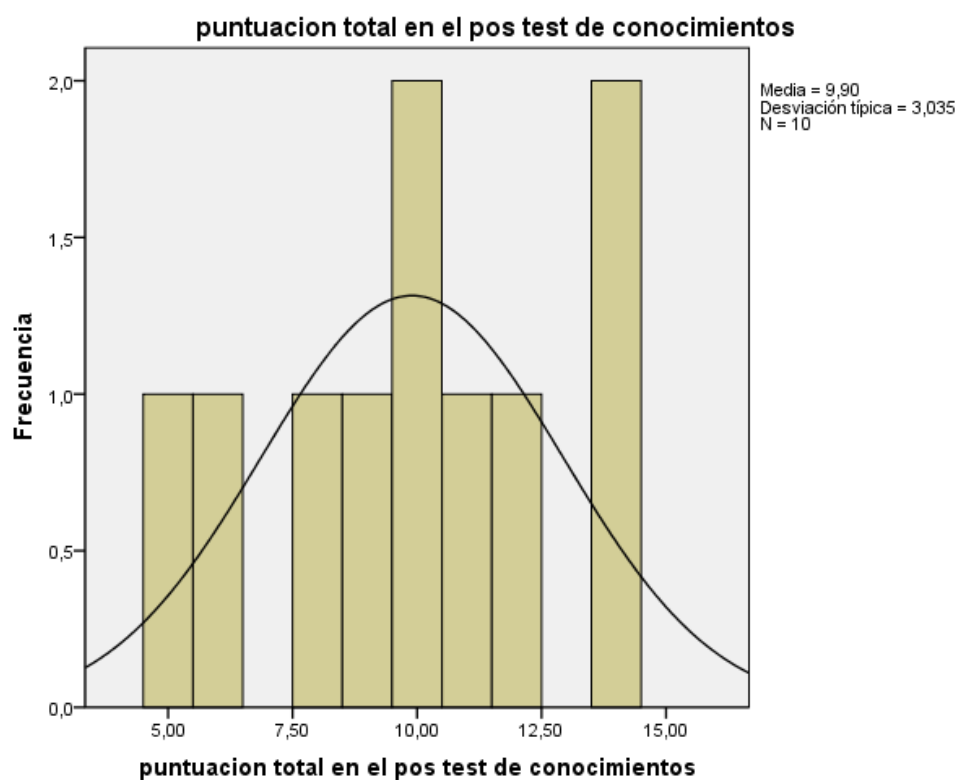
### Puntuación total en el post test de conocimientos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5,00	1	10,0	10,0	10,0
	6,00	1	10,0	10,0	20,0
	8,00	1	10,0	10,0	30,0
	9,00	1	10,0	10,0	40,0
	10,00	2	20,0	20,0	60,0
	11,00	1	10,0	10,0	70,0
	12,00	1	10,0	10,0	80,0
	14,00	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Puntuación total en el post test de conocimientos

		Bootstrap para Porcentaje			
		Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Válidos	5,00	-1,6	7,9	,0	30,0
	6,00	,8	8,8	,0	30,0
	8,00	,8	11,0	,0	40,0
	9,00	-,6	8,7	,0	33,2
	10,00	-1,6	9,8	,0	40,0
	11,00	1,4	9,5	,0	36,6
	12,00	,6	9,8	,0	30,0
	14,00	,2	13,9	,0	56,6
	Total	,0	,0	100,0	100,0





**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		Valores estaísticos resultantes para el pos test de conocimientos	Valores estaísticos resultantes para el pretest de conocimientos
N		10	10
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	9,9000	4,6000
	Desviación típica	3,03498	1,64655
Diferencias más extremas	Absoluta	,113	,204
	Positiva	,101	,204
	Negativa	-,113	-,158
Z de Kolmogorov-Smirnov		,358	,645
Sig. asintót. (bilateral)		1,000	,799

De esta tabla para el pre test de conocimientos se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 0,799 >  $\alpha = 0,05$  entonces tiene distribución normal.

De esta tabla para el post test de conocimientos se ha obtenido sig. Asintot. (bilateral) = 1,000 >  $\alpha = 0,05$  entonces tiene distribución normal.

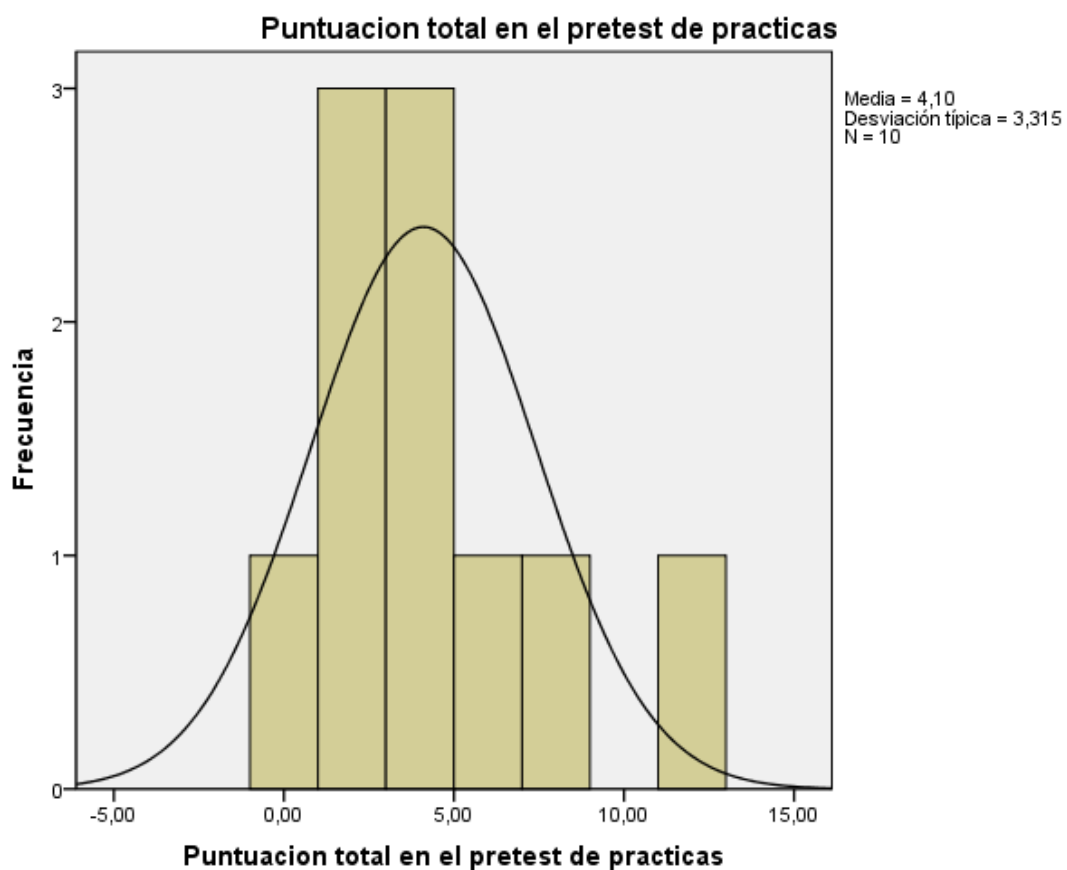
**TABLA N°2**

Valores estadísticos resultantes en el pretest de prácticas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ,00	1	10,0	10,0	10,0
1,00	1	10,0	10,0	20,0
2,00	2	20,0	20,0	40,0
4,00	3	30,0	30,0	70,0
5,00	1	10,0	10,0	80,0
8,00	1	10,0	10,0	90,0
11,00	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Valores estadísticos resultantes en el pretest de prácticas

		Bootstrap para Porcentaje <sup>a</sup>			
		Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Válidos	,00	-,6	9,6	,0	36,6
	1,00	,0	9,5	,0	30,0
	2,00	3,6	13,8	,0	60,0
	4,00	-,4	15,9	10,0	60,0
	5,00	2,0	11,6	,0	53,2
	8,00	-2,6	7,5	,0	26,6
	11,00	-2,0	6,7	,0	20,0
	Total	,0	,0	100,0	100,0



Valores estadísticos resultantes para el **para el postest de prácticas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2,00	1	10,0	10,0	10,0
	7,00	2	20,0	20,0	30,0
	9,00	2	20,0	20,0	50,0
	10,00	1	10,0	10,0	60,0
	11,00	2	20,0	20,0	80,0
	13,00	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

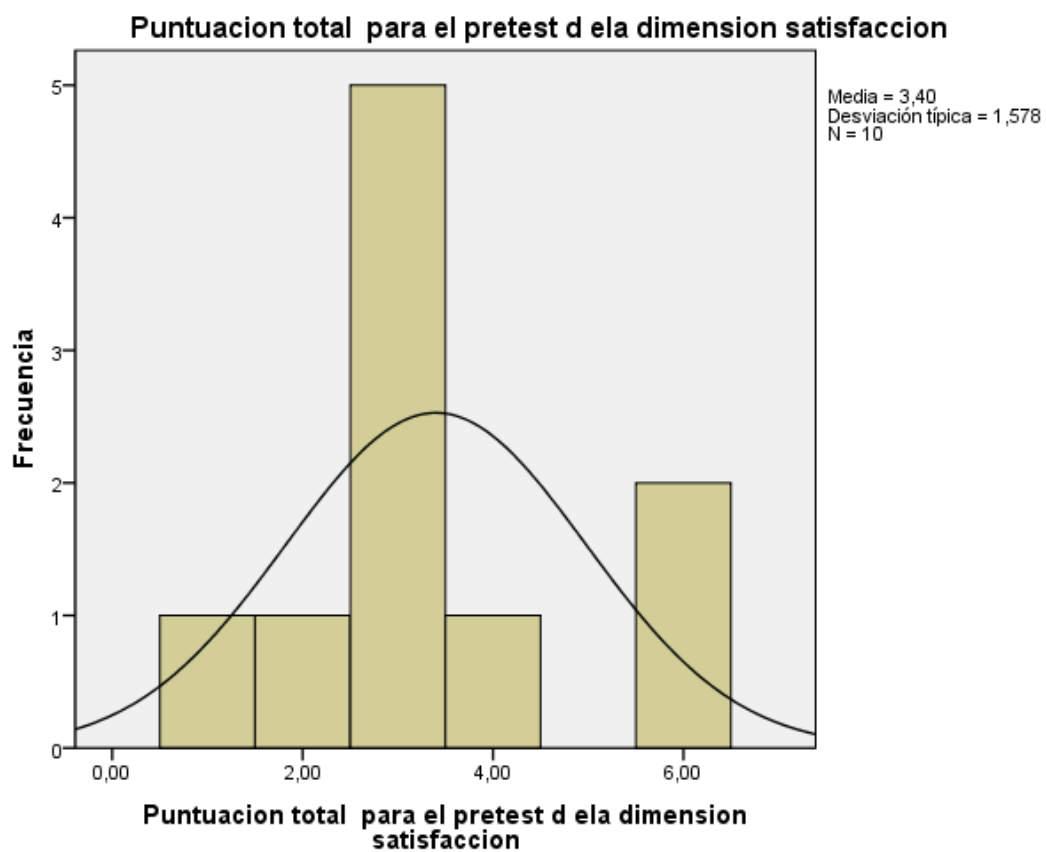
Valores estadísticos resultantes **para el postest de prácticas**

		Bootstrap para Porcentaje			
		Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Válidos	2,00	,0	9,5	,0	30,0
	7,00	-3,2	12,5	,0	46,6
	9,00	-,6	11,3	,0	46,6
	10,00	2,0	11,6	,0	53,2
	11,00	4,2	14,6	3,4	66,6
	13,00	-2,4	11,9	,0	46,6
	Total	,0	,0	100,0	100,0

**TABLA N°3**

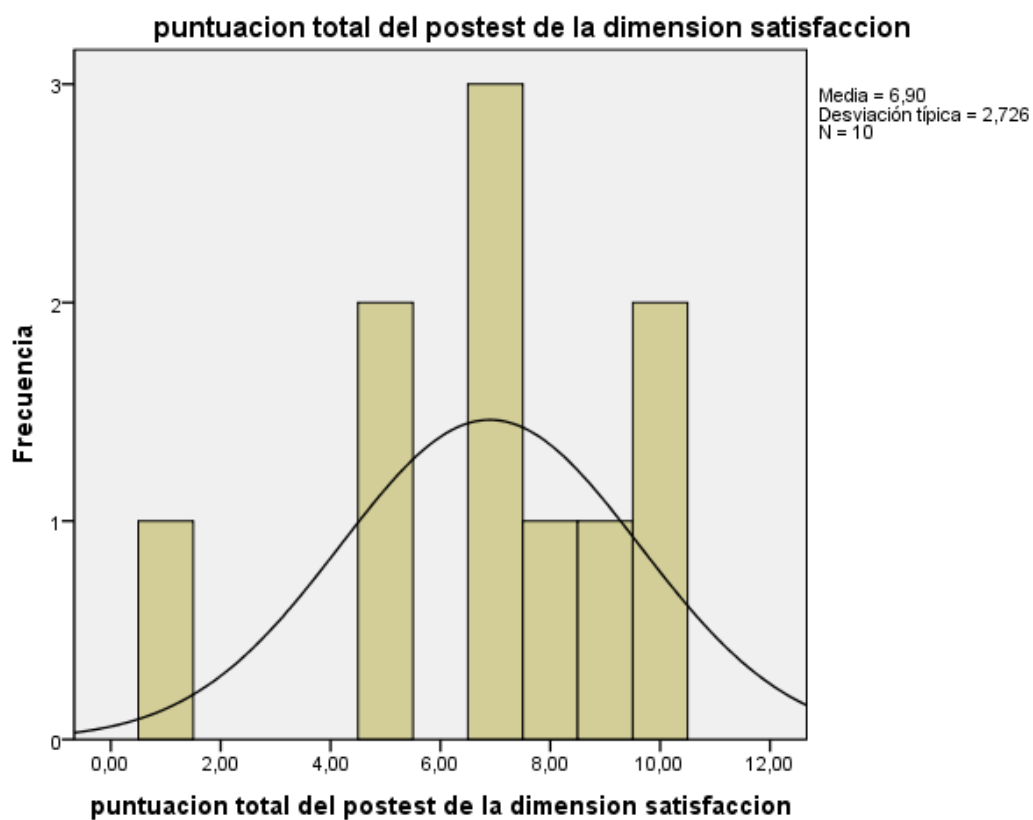
Valores estadísticos resultantes **para el pretest de la dimensión satisfacción**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	1	8,3	10,0	10,0
	2,00	1	8,3	10,0	20,0
	3,00	5	41,7	50,0	70,0
	4,00	1	8,3	10,0	80,0
	6,00	2	16,7	20,0	100,0
	Total	10	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	16,7		
Total		12	100,0		



Valores estadísticos resultantes del posttest de la dimensión satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	1	8,3	10,0	10,0
	5,00	2	16,7	20,0	30,0
	7,00	3	25,0	30,0	60,0
	8,00	1	8,3	10,0	70,0
	9,00	1	8,3	10,0	80,0
	10,00	2	16,7	20,0	100,0
	Total	10	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	2	16,7		
Total		12	100,0		



**TABLA N°4****Prueba T****Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Puntuación total para el pretest de conocimientos	4,6000	10	1,64655	,52068
	puntuación total en el post test de conocimientos	9,9000	10	3,03498	,95975
Par 2	Puntuación total en el pretest de practicas	4,1000	10	3,31495	1,04828
	Puntuación total para el posttest de practicas	9,2000	10	3,29309	1,04137
Par 3	Puntuación total para el pretest de la dimensión satisfacción	3,4000	10	1,57762	,49889
	puntuación total del posttest de la dimensión satisfacción	6,9000	10	2,72641	,86217

**Correlaciones de muestras relacionadas**

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Puntuación total para el pretest de conocimientos y puntuación total en el post test de conocimientos	10	,436	,208
Par 2	Puntuación total en el pretest de prácticas y Puntuación total para el posttest de practicas	10	,466	,174
Par 3	Puntuación total para el pretest de la dimensión satisfacción y puntuación total del posttest de la dimensión satisfacción	10	,372	,290